

Prática de saúde na atenção básica na perspectiva da política de humanização num município cearense

Practice in health and primary care from the perspective of humanization policy in the municipality of Ceará

Francisco Bruno Queirós de Freitas¹, Antonia Jussara da Silva Lourenço², Francisca Clarice Rodrigues Henrique³, Silvia Fernanda de Sousa Araújo⁴, Mariza Maria Barbosa Carvalho⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6395-3632>. Discente do Curso de Fisioterapia. Centro Universitário Católica de Quixadá- Unicatólica, Quixadá, Ceará, Brasil. E-mail: brunnoqueiros2016@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4693-0188>. Discente do Curso de Fisioterapia. Centro Universitário Católica de Quixadá- Unicatólica, Quixadá, Ceará, Brasil. E-mail: jussaras907@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4965-9338>. Discente do Curso de Fisioterapia. Centro Universitário Católica de Quixadá- Unicatólica, Quixadá, Ceará, Brasil. E-mail: claricehenrique123@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3832-0301>. Discente do Curso de Fisioterapia. Centro Universitário Católica de Quixadá- Unicatólica, Quixadá, Ceará, Brasil. E-mail: nandaguanabara@hotmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1044-7207>. Fisioterapeuta, Mestre e Docente do Curso de Fisioterapia. Centro Universitário Católica de Quixadá- Unicatólica, Quixadá, Ceará, Brasil. E-mail: mariza@unicatolicaquixada.edu.br

CONTATO: Francisco Bruno Queirós de Freitas | Endereço: Conjunto Habitacional Antônio Pinheiro, 09, Zona rural, Jaguaribara-Ceará, CEP:63490 000. Telefone:(88) 9 9869-9243 - E-mail: brunnoqueiros2016@gmail.com

RESUMO O Sistema Único de Saúde após suas fases iniciais de garantia de acesso, de construção de infraestrutura, de definição de processos de financiamento, introduziu uma dimensão qualitativa que se traduziu pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde. A pesquisa objetivou compreender a humanização da saúde na atenção básica no Sistema Único de Saúde - Quixadá - Ceará, na perspectiva da política. Tratou-se de um estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido nas Unidades básicas de saúde e contou com a participação de 3 gestores, 12 profissionais e 39 usuários, definidos por saturação teórica-empírica. A coleta de dados foi realizada mediante a entrevista semiestruturada no período de 07 de outubro à 28 de novembro de 2019 e analisados por Discurso do Sujeito Coletivo com base em Lefèvre. Observou-se que ainda persiste um certo distanciamento das práticas humanizadas no contexto de saúde investigado com ênfase nas diretrizes estabelecidas pela Política de Humanização.

DESCRITORES: Sistema Único de Saúde. Humanização da Assistência. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT The Unified Health System, after its initial stages of guaranteeing access, building infrastructure, defining financing processes, introduced a qualitative dimension that was translated by the National Policy for the Humanization of Health Care and Management. The research aimed to understand the health humanization in primary care in the Unified Health System - Quixadá- Ceará, from the politics perspective. It was a qualitative, descriptive study, developed in the Basic Health Units and had the participation of 3 managers, 12 professionals and 39 users, defined by theoretical-empirical saturation. Data collection was carried out by means of a semi-structured interview from October 7 to November 28, 2019 and analyzed by Collective Subject Discourse based on Lefèvre. It was observed that there is still a certain distance from humanized practices in the health context investigated with an emphasis on the guidelines established by the Humanization Policy.

DESCRIPTORS: Unified Health System. Humanization of Assistance. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem se desenvolvendo em busca da consolidação de seus princípios e diretrizes para uma melhor atenção à saúde. Após suas fases iniciais de garantia de acesso, de construção de infraestrutura, de definição de processos de financiamento, introduziu-se, nesse sistema, uma dimensão qualitativa, de gestão e de cuidado, que se traduziu pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) que apareceu como proposta fundamental para legitimar o SUS como política pública, crítica, sensível, produtora de saúde, mas também de sujeitos e de cidadãos¹.

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, em que surgem muitas resistências, pois esse processo inclui mudanças de comportamento que despertam receio e medo. Os padrões conhecidos parecem mais seguros. Entretanto, os novos padrões não são generalizáveis, pois cada instituição, cada equipe, cada profissional, terá seu processo singular de humanização. A PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, foi formulada para a efetivação dos princípios do SUS.

A política apresenta como princípios norteadores a inseparabilidade entre gestão e atenção, pois, desse modo, incorporam-se, na integralidade, o cuidado e suas condições de realização entre processo técnico e a compreensão do que sejam direitos, sujeitos, democracia, processo saúde/doença; a inseparabilidade entre clínica e política, transversalidade para abertura comunicacional e para ampliação da grupalidade, e autonomia e protagonismo dos sujeitos, de forma que, na ampliação e retroalimentação entre saberes, multipliquem-se as possibilidades de diálogo entre profissionais de saúde e usuários, e, também, o incremento de poderes de decisão, tudo isso em um espaço mais harmônico de cooperação².

As diretrizes operacionais desses princípios norteadores são o acolhimento, cogestão, clínica ampliada, ambiência, valorização do trabalho e do trabalhador, fomento a redes e coletivos e defesa dos direitos e deveres dos sujeitos³.

O desenvolvimento técnico-científico na área da saúde, evidenciado com a criação de serviços muito bem equipados para intervenções em saúde e avanços científicos tanto em conhecimentos quanto em soluções para os problemas que afetam a saúde das pessoas, tem trazido benefícios. Porém, tal desenvolvimento parece não ter sido acompanhado por avanços correspondentes nas relações humanas entre profissionais e usuários; entre instituições e profissionais; entre instituições, profissionais e comunidade. A escassez de pesquisas acerca da prática em saúde sob uma perspectiva social, denota, de uma forma geral, que entre os profissionais de saúde ainda reside um reflexo do olhar predominantemente tecnicista. Isso demonstra que ainda estamos praticando o modelo biomédico tradicional, centrado na síndrome, na doença e na dimensão exclusivamente

biológica e que a assistência à saúde que tem sido proporcionada está muito mais delegada à operação de equipamentos e procedimentos do que à efetivação de um cuidado integral, centrado nas necessidades da pessoa. Até aqui é possível questionar: a prática de saúde na atenção básica desenvolvida pela estratégia saúde da família é coerente com o que preconiza a PNH?

Este estudo teve como objetivo compreender a prática de saúde na atenção básica no SUS – Quixadá- Ceará, na perspectiva da PNH, considerando que em 2006, por meio do Acolher Cidadão, estratégia de trabalho do Grupo de Humanização em Saúde do Laboratório de Humanização (LHUAS) da Universidade Estadual do Ceará em parceria com o Ministério da Saúde, os trabalhadores de saúde neste município foram sensibilizados e estimulados para qualificar a atenção em saúde no SUS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva, com fins de compreender um certo conjunto de práticas de saúde, no contexto específico da atenção básica no SUS, de um município de médio porte do sertão central cearense, Quixadá, que possui uma população de 80.604 habitantes de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁴.

O estudo foi desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da sede do município de Quixadá-Ce. Atualmente o município conta com 19 Unidades Básicas de Saúde e 22 Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo cuidado em saúde produzido na atenção básica.

Os participantes foram profissionais, gestores e usuários da atenção básica sede em Quixadá-CE. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórico-empírica.

Para a obtenção das informações dos sujeitos, foi realizada uma entrevista semiestruturada, com questões fechadas e abertas no período de 07 de outubro à 28 de novembro de 2019. O roteiro das entrevistas tem uma parte comum, com perguntas fechadas, que consta de dados sobre formação e sobre regime de trabalho, e uma parte, aberta, diferenciada quanto ao público alvo: gestores, profissionais de saúde e usuários. As questões abertas, por sua vez, foram desdobradas das perguntas norteadoras e dos objetivos específicos que direcionaram essa pesquisa, além de serem, também, orientadas pelas diretrizes operacionais da PNH. As entrevistas não foram gravadas.

A análise das informações foi realizada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com base em Lefèvre⁵.

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Católica de Quixadá e tem por Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) o número 2.967.303. Foram respeitados todos os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, como a não maleficência, justiça, equidade e beneficência⁶. Todos os indivíduos que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os que eram analfabetos, foram utilizadas impressões digitais para documentar a participação no estudo.

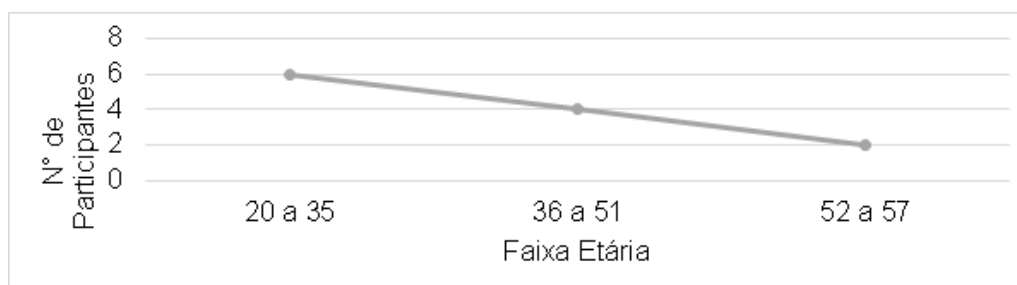
RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 3 (5,56%) gestores, 12 (22,22%) profissionais e 39 (72,22%) usuários, as entrevistas foram codificadas de modo a permitir o sigilo das informações.

Todos os gestores entrevistados eram do gênero feminino, com idades entre 30 a 39 anos e com formação profissional de enfermeira. No que concerne o tempo de exercício profissional, 66,67% (n=2) das entrevistadas trabalham há 9 anos e 33,33% (n=1) a pouco mais de 12 anos. Quanto ao regime de trabalho, 66,67%(n=2) são concursadas e 33,33% (n=1) contratadas temporariamente pelo município. Todas as gestoras possuem carga horaria contratual de 40 horas, sendo distribuída em turnos semanais de 8 horas. Duas (66,67%) destas gestoras não apresentaram outros vínculos empregatícios, enquanto 33,33% (n=1) apresenta, sendo preceptora do Centro Universitário Unicatólica de Quixadá.

Dos profissionais, 91,67%(n=11) eram do gênero feminino e 8,33% (n=1) masculino, 50,00%(n=6) apresentaram idade de 20 a 35; 33,33% (n=4) de 36 a 51 anos e 16,67%(n=2) de 52 a 57 anos (Gráfico 1). Destes; 16,67%(n=2) se apresentaram como médicos, 16,67%(n=2) dentistas, 16,67%(n=2) enfermeiros; 25,00% (n=3) recepcionistas e 25,00% (n=3) técnicos de enfermagem (formação profissional).

Gráfico 1. Idade dos Profissionais.



Fonte: elaborado pelos autores (2019).

Quanto ao tempo de exercício profissional, 58,33% (n=7) trabalhavam há pouco mais de 2 anos; 33,33% (n=4) de 8 a 13 anos e 8,34%(n=1) de 15 anos. No que se refere ao regime de contrato de trabalho 25,00% (n=3) dos entrevistados eram contratados temporário do município; 16,67%(n=2) concursados e 58,33%(n=7) não responderam; 83,33%(n=10) dos entrevistados apresentaram carga horaria contratual de 40 horas e 16,67%(n=2) entre 30 a 32 horas, sendo distribuída em turnos semanais de 8 horas. Destes profissionais 33,33% (n=4) não apresentavam outros vínculos empregatícios, enquanto 66,67% (n=8) apresentaram, sendo 37,50% (n=3) em clínicas particulares, 50,00% (n=4) em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 12,50%(n=1) no Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH).

Dos usuários entrevistados, 92,3% (n=36) eram do gênero feminino e 7,7%(n=3) do masculino, destes 10,26%(n=4) apresentaram idade de 18 a 25 anos; 25,64% (n=10) de 26 a 33; 12,82%(n=5) de 34 a 41; 17,95%(n=7) de 42 a 49; 17,95%(n=7) de 50 a 57; 7,69%(n=3) de 58 a 66 e 7,69%(n=3) de 67 a menos de 85 anos. Quanto ao grau de escolaridade 2,56%(n=1) dos entrevistados afirmou que nunca estudou; 2,56%(n=1) tem ensino fundamental completo; 35,90%(n=14) fundamental incompleto; 28,21%(n=11) ensino médio completo; 23,08%(n=9) médio incompleto; 5,13%(n=2) com ensino superior completo e 2,56%(n=1) superior incompleto.

DISCUSSÃO

A Política nacional de humanização (PNH) possui diretrizes como método de inclusão nos processos de saúde, que tem como intuito promover o maior conhecimento sobre a mesma. Dentre as diretrizes encontra-se: acolhimento, cogestão, ambiência, valorização do trabalhador, fomento às redes e coletivos, defesa dos direitos e deveres e clínica ampliada.

Acolher é sinônimo de humanizar o atendimento, vai além da recepção do usuário, consiste em toda a atenção direcionada ao indivíduo a partir de sua entrada no sistema. O acolhimento permite uma reflexão sobre os processos de trabalho em saúde, ao estabelecer relações de confiança entre usuários, profissionais e equipe, além de permitir uma harmônica relação entre os serviços de saúde, com base nos princípios de hierarquização e regionalização do SUS⁷.

No presente estudo, os atores dos diversos segmentos da atenção básica ao serem questionados sobre o acolhimento manifestaram que:

[Pergunta Norteadora (PN): Como acontece o atendimento? O número de vagas é suficiente?]

(DSC1 - Usuários). Entendo que o atendimento médico é por agendamento para diabéticos e ordem de chegada, através de fichas, mas a ordem não é respeitada tem que chegar bem cedo para conseguir, sendo que ainda

não é suficiente para atender todos que precisam. A quantidade de fichas não supre a necessidade da população, é insuficiente andando longe de atender a demanda, além de não ser distribuída todos os dias, sendo feita em apenas um período do dia, então os pacientes têm que chegar muitas vezes de madrugada, mas dá para atender o básico. Se a pessoa não conseguir o atendimento é preciso marcar para o outro dia.

(DSC2 - Gestores). *Dependendo do dia, eu acolho os pacientes que foram agendados, como por exemplo, as gestantes, hipertensos e diabéticos ou recebo os usuários da demanda livre e as urgências que chegarem. O paciente é recebido pela técnica de enfermagem no qual realiza-se uma escuta qualificada e encaminha para enfermeiro ou médico, ou o mesmo é orientado a procurar a central de marcação do município quando necessita de um atendimento especializado.*

(DSC3 - Profissionais). *O atendimento acontece de forma dinâmica em virtude dos programas, como puericultura, pré-natal, hipertensos, diabéticos, e as demandas livres. O atendimento eu faço por ordem de chegada, ordem de prioridade e por agendamento para os usuários do programa de estratégia saúde da família, que é determinado pelo médico, o limite de vagas vai depender da quantidade de material disponível. E apesar de todos os atendimentos existe sempre um espaço na agenda para o acolhimento da demanda imediata, não prejudicando o atendimento dos agendados dos programas, além das visitas domiciliares a qual dispõem de dias específicos para serem realizados.*

Com base nos discursos acima é notório que não existe um entendimento comum sobre acolhimento entre gestores, profissionais e usuários. Enquanto os gestores relataram que os usuários são encaminhados para uma escuta qualificada, como preconiza a PNH, os usuários não citam este tipo de acolhimento, apenas o atendimento que organiza a demanda por ordem de chegada, por meio de fichas ou agendamentos, que muitas vezes é insuficiente para a população que chega cedo e volta para casa sem ser atendido.

“O trabalho de escuta qualificada trata da relação entre pessoas, que se aprofunda na medida em que trata do interesse de um pelo outro, não é só o ouvir, mas o escutar”^{8:9}.

Nesta direção, o acolhimento permite relações e mudanças das práticas de saúde, que se concretizam por meio da escuta e da capacidade de articulação entre as demandas dos usuários e as responsabilidades de respostas do serviço³.

Conforme os discursos percebem-se que o acolhimento dos usuários ao utilizar os serviços é feito por ordem de chegada onde não se definem prioridades e critérios para o atendimento que tragam relação com o estado dos usuários. A PNH nesse caso, considera que a demanda deve ser organizada considerando o critério de vulnerabilidade /risco em que o usuário se encontra para fortalecer a equidade da atenção.

Em conformidade com o que sugere a PNH o cuidado deve ocorrer por meio de uma avaliação considerando o risco como forma de identificar a gravidade e a vulnerabilidade real de cada pessoa que busca o serviço de saúde³. Neste estudo os resultados divergiram entre o que acontece na realidade das unidades básicas de saúde e o que recomenda o acolhimento/PNH, provocando uma desigualdade humana nos critérios de atendimento, não assegurando a população o direito a saúde que lhe cabe, tornando-se uma disputa entre quem chegar primeiro é que terá direito a assistência.

Para a construção da humanização do cuidado deve-se buscar o equilíbrio de poderes tanto da gestão quanto dos usuários, criando espaços de discussões entre todos os serviços, com maior democratização nos processos de decisão, possibilitando uma gestão compartilhada que objetiva articular um novo formato no atendimento à saúde, mais resolutivo e satisfatório³.

Dito isto, entende-se que cogestão é a incorporação de novos indivíduos nos procedimentos de gestão como também de novas funções. Sendo assim, a mesma é realizada por um grupo maior de pessoas que integram a organização, considerando que todos fazem o papel de gestores no ambiente de trabalho⁹.

No que se refere a construção dos espaços coletivos para o modo de cogestão a ouvidoria é um dos mecanismos de participação e tem por função acolher manifestações de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde, auxiliando para a identificação dos problemas e definição de encaminhamentos¹⁰.

Entretanto, nos discursos dos gestores, profissionais e usuários esse instrumento não apresentou total adesão por parte dos mesmos, visto que, os usuários levam em consideração que não há resolução para os problemas expostos e por isso preferem não questionar, como expressa o discurso abaixo:

[PN: Conhece mecanismos de coleta de sugestões?]

(DSC1). *Sempre fui bem atendida, nunca fiz nenhuma reclamação ou sugestão com ninguém, guardo para si, por que acho que não serão levadas em consideração, nada se resolve. Sei que existe a caixinha para coleta de sugestões e críticas, porém, nunca utilizei.*

Já os profissionais e gestores discutem as problemáticas em reuniões ou levam para o gestor da unidade, com lugar e tempo definidos, destinados à escuta, à circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade, à elaboração e à tomada de decisões passíveis às mudanças que são direcionadas pela dinâmica social, não havendo a participação dos usuários, fazendo com que haja uma divergência entre a realidade e o que propõe a PNH. Nos seguintes discursos, pode-se confirmar o que foi exposto anteriormente:

(DSC2). *Me reúno mensalmente com os profissionais da equipe e com a gestão para discutir as problemáticas, principalmente sobre o acolhimento da população.*

(DSC3). *Direciono minhas queixas a equipe responsável pela ubx, que na maioria das vezes é a enfermeira gestora. Já me direcionaram a ouvidoria do sus também.*

Para a adesão deste e de outros mecanismos de participação da população, faz-se necessário o envolvimento dos usuários no cotidiano do serviço, porém esta prática não ocorre, devido ao não conhecimento dos instrumentos de coleta de queixas e sugestões e acabam por fazer suas críticas a pessoas ou em locais inapropriadas, gerando muitas vezes insatisfações. Por vezes são orientados sobre qual maneira certa e eficaz de procurar ajuda, entretanto, não existe o hábito de discutir, o que pode se notar através do discurso abaixo:

[PN: Conhece mecanismos de coleta de sugestões?]

(DSC1). *Eu não conheço nenhum mecanismo de coleta de queixas (caixa de ouvidoria), e não sei dizer se tem algo para deixarmos as sugestões, conheço apenas a ouvidoria da secretaria de saúde. As críticas e elogios são feitas diretamente a atendente. Eu também prefiro não reclamar, apenas volto para casa.*

Porém os gestores e profissionais propõem que o não funcionamento da cogestão ocorre devido à baixa adesão dos usuários, que não participam das reuniões e não discutem:

(DSC2). *Na ubx tinha uma caixinha, que era utilizada coma a ouvidoria da unidade, porém a mesma era pouco usada, e isso fez com que a caixa fosse retirada da ubx.*

(DSC3). *Existe um mecanismo de coleta de queixas na recepção da ubx, que é aberta mensalmente e discutida nas reuniões do conselho, uma ouvidoria na qual o número fica exposto na parede da ubx ou os meus pacientes se dirigem a gestora. Eu oriento os pacientes a fazer seus elogios e críticas nestes mecanismos, porém a adesão é baixa, a população não tem o hábito de discutir e acabam falando entre si, como nos corredores ou fazem suas reclamações na recepção. Já quando há alguma denúncia, a população é orientada a procurar a secretaria de saúde.*

Para o desenvolvimento de práticas voltadas a atenção em saúde, tem-se a ambiência, sendo seu principal objetivo propiciar uma atenção decisória, humanitária e receptiva. É por meio da ambiência que se torna viável criar debates a respeito da humanização, pois sua percepção visa o reconhecimento das ciências médicas que constituem os sistemas de saúde e dos elementos estéticos como a exemplo da luminosidade, além da comunicação entre gestores, usuários e trabalhadores¹¹.

Nesse contexto torna-se fundamental conhecer os espaços de saúde, tendo em vista que o ambiente pode interferir de forma significativa nas condições de saúde, potencializando ou ainda a prejudicando. Com isso os integrantes do processo de saúde foram questionados sobre sua relação com o espaço físico das unidades básicas de saúde:

[PN: A unidade possui boa ventilação e higienização?]

(DSC1). *O ambiente da UBS é confortável apesar das poucas cadeiras, há ventilação é péssima, não tem água para os usuários, no entanto, a unidade é bem limpa quando se trata de higiene.*

(DSC2). *A UBS enfrenta muitas dificuldades em relação a estrutura física, tendo uma parte interditada, necessitando de reforma, pois os banheiros dos consultórios assim como dos usuários não funcionam mais.*

(DSC3). *Eu considero o ambiente adequado, mas a ventilação é precária, apenas a sala do médico é climatizada. A área de espera é muito quente, tem pouca circulação de ar, poderia ter mais janelas e ventiladores.*

Baseando-se nos discursos acima, percebe-se que há convergência nas falas. No que diz respeito à precariedade da ventilação, algumas UBS não dispõem de ventiladores ou entradas de ar como janelas, por exemplo, podendo interferir de forma significativa na saúde humana, uma vez que ambientes fechados favorecem a circulação de partículas como poeiras ou ácaros. Portanto, manter um ambiente bem ventilado é de suma importância para evitar a proliferação de doenças, otimizando assim a saúde.

A ambiência ainda está relacionada a área espacial dos ambientes de saúde e quando comparada às demais diretrizes, a mesma remete à estratégia de articulação do espaço físico, social, profissional e de relações com o projeto de saúde que vai além da arquitetura normativa¹². O entendimento sobre ambiência deve ter base em três eixos norteadores: confortabilidade, espaço que possibilite a produção de subjetividades, e ferramentas facilitadoras do processo de trabalho¹¹.

Tendo em vista os eixos que compõem o conceito de ambiência, na confortabilidade o espaço de saúde deve priorizar a privacidade e a singularidade dos sujeitos, estabelecendo um ambiente de interação com as pessoas, harmonizando condições de higiene, cheiro, sons, luminosidade, assegurando o conforto aos usuários. O espaço de encontro entre os sujeitos deve ainda conter ações e serviços de reflexão sobre o processo de trabalho, possibilitando um atendimento humanizado com otimização dos recursos, atuando de forma acolhedora e resolutiva¹³.

Com isso, observa-se nos discursos abaixo que o ambiente não se torna favorável à saúde, deixando lacunas frente ao que preconiza a PNH, tornando incompatível com a produção e manutenção de saúde dos trabalhadores e usuários.

[PN: A unidade possui área de conforto que possibilite o descanso e a convivência?]

(DSC1). *A UBS possui corredores bastante estreitos o que dificulta o conforto, além disso é de frente para o sol o que a torna muito quente. Na área de espera da unidade a ventilação se encontra bem precária, não possuindo nenhum ventilador e muito menos ar condicionado.*

(DSC2). *Eu acho que algo que deixa a desejar na unidade são os ventiladores e o bebedouro. Apenas três salas são climatizadas.*

(DSC3). *Eu considero a estrutura precária e necessitando de reforma. O ambiente de espera não possui cadeiras para os pacientes e não há ventilação, a UBS não possui conforto. Na área externa está sendo tomado de mato.*

O trabalho no campo da saúde apresenta uma extensão multifatorial, não se restringe apenas a acolher os usuários, proporcionar gestão colaborativa e promover um ambiente favorável. É necessário também preocupar-se com o bem-estar dos profissionais, desenvolvendo lugares que possibilitem diálogos entre todos os envolvidos no processo de saúde, que promova segurança, conforto, alegria, capacitação profissional e capacidade de solucionar problemas, ampliando o protagonismo e a autonomia entre os indivíduos¹⁴.

O trabalho em saúde se diferencia dos demais devido a sua especificidade. Diante da realidade de superexploração e desregulamentação do trabalho foi que surgiram movimentos em prol do reconhecimento da classe. Tais movimentos desempenharam um papel fundamental no redirecionamento das discussões acerca dos temas de gestão do trabalho, planejamento, saúde do trabalhador e qualificação. Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico das políticas públicas de saúde no Brasil em que, entre tantas reivindicações em saúde, foi constituído o SUS, a valorização do trabalhador de saúde foi colocada em debate, sendo questionado em vários espaços e fóruns de discussão¹⁵.

Humanizar é também enaltecer os trabalhadores no desenvolvimento da saúde, proporcionando autonomia na tomada de decisão. É aumentar a habilidade de mudar a realidade do ambiente que atuam, por meio de atribuições compartilhadas, da formação de vínculo e da atuação comunitária na construção de saúde¹⁶.

Conforme os discursos dos gestores e profissionais abaixo, percebe-se uma desvalorização dos trabalhadores, uma vez que os mesmos não recebem apoio e/ou motivação para realizarem suas atividades dentro da UBS, além de não haver suporte psicossocial e o fomento à formação permanente do trabalhador de saúde para que os mesmos enfrentem, resolubilidade dos problemas que esses profissionais encontram na atenção primária:

[PN: Os profissionais são motivados?]

(DSC2). Não existe apoio psicossocial, cursos de aprimoramento e motivação profissional por parte da gestão, ela não proporciona nenhum incentivo, além disso as precariedades dos serviços e da estrutura acaba nos desmotivando.

(DSC3). Não me sinto motivado a trabalhar por parte da gestão, o que me motiva mesmo é o amor pela minha profissão. Não recebemos incentivo financeiro e não somos valorizados.

Por outro lado, mesmo diante de um ambiente precário e sem valorização do trabalhador nota-se no discurso dos usuários que todos estabelecem uma relação de respeito e vínculo:

(DSC1). *Minha relação com os profissionais é boa, o vínculo é maior com os profissionais que estão a mais tempo na unidade e nunca fui desrespeitada, sempre nos tratamos com respeito durante o atendimento.*

Para garantir uma saúde integral aos usuários, é necessário uma boa relação com os trabalhadores saudáveis e ainda que haja articulação da rede de atenção. Conforme haja o fomento as redes e coletivos, entende-se que:

“Os programas, projetos e serviços não podem ficar isolados das políticas e dos sistemas. A articulação das redes proporciona ao cuidado, acompanhar seus destinatários, em menos tempo, melhor resolução e com incremento da qualidade de vida”^{3:21}.

Diante desse ponto de vista os discursos dos gestores e profissionais apresentaram relação no que concerne a articulação entre as redes, apesar de ainda haver problemas, como a falta de comunicação dentre os serviços, o que dificulta a resolução dos problemas, além da falta de conhecimento dos profissionais acerca das competências que cada ponto da rede de saúde possui, fazendo com que seja transmitido informações errôneas e os usuários se percam dentro da rede. Essa ideia pode ser observada nos discursos abaixo:

[PN: Existe relação/interação entre os serviços de saúde?]

(DSC2). *A relação da UBS com os demais serviços de saúde do município é boa, porém muitas vezes é bem complicada, porque a maioria destes serviços não fazem contrarreferência deixando os profissionais da atenção básica sem informações sobre os pacientes, ou seja, falta comunicação. Muitas vezes os pacientes são orientados no hospital a buscar um serviço na unidade, quando na maioria das vezes os serviços não encontram-se mais disponíveis, dificultando o trabalho da unidade e desqualificando o atendimento ao paciente.*

(DSC3). *Eu acho que falta comunicação entre os serviços. Não existe um plano integrado, não há como eu saber sobre o prontuário do paciente em outra unidade, pois não temos um sistema informatizado. Apenas através da conversa com o paciente é que conseguimos orientá-lo a quem procurar ou encaminhá-lo.*

Com base neste contexto estabelecido entre gestor e profissional acima, os discursos dos usuários abaixo reafirmam a articulação entre os serviços de saúde uma vez que seus problemas são resolvidos, mesmo que isso implique em ser referenciados a outra unidade.

(DSC1). *Eu consigo resolver os meus problemas na própria UBS e os profissionais fazem o possível para me ajudar e quando não, encaminhada para outro serviço. Considero o serviço da UBS bom, porém muitos usuários ainda reclamam nos corredores.*

A integração entre os serviços de saúde permite que todos os indivíduos tenham seus direitos respeitados quanto ao acesso a bens e serviços, garantindo prevenção, proteção, promoção, tratamento e recuperação da saúde. No entanto, para que essa articulação aconteça de fato e todos os direitos sejam respeitados, é necessário que os cidadãos cumpram com os seus deveres, participando de forma ativa em conselhos e conferências de saúde, de modo a contribuir para um melhor funcionamento da saúde à medida que possibilita otimização do planejamento de ações em saúde¹⁷.

Segundo o Ministério da Saúde, além do direito de participação em conselhos e conferências de saúde, cabe ao cidadão o pleno direito a qualquer informação sobre serviços de saúde e as diversas formas que permitem a sua participação saúde¹⁷.

Diante disto, é notório no discurso do usuário abaixo que não há informação sobre a realização de reuniões do conselho de saúde por parte dos profissionais. Porém, sabe-se que as UBS dispõem de uma caixinha para coleta de sugestões. Contexto reforçado pelo discurso do gestor, que ainda menciona o não uso da mesma por parte da população, por optar pela busca de outros meios para realizar as suas reclamações como a rádio municipal ou a coordenação. Assim, como o profissional, que ainda ressalva a resolução parcial dos problemas.

[PN: Existe ouvidoria? Os problemas são resolvidos?]

(DSC1). Não tenho conhecimento sobre as reuniões do conselho, pois não sabia de sua existência já que nunca fui convidada para participar, mas por outro lado, já vi na UBS a caixinha de sugestões. Percebo que temos poucas informações, pois os profissionais não informam.

(DSC2). *A unidade possui uma caixa de ouvidoria, porém a população não adere, prefere buscar outros meios como a rádio municipal ou se dirigir para a coordenação.*

(DSC3). *Quando eu preciso fazer alguma reclamação, procuro a coordenadora da atenção básica. Percebo que na medida do possível os problemas conseguem ser parcialmente resolvidos.*

As situações conflitantes dentro do serviço e, muitas vezes, ações que não são resolutivas, são notáveis nos serviços de saúde, pois “apresentam dificuldades de acesso

da população, fragilidades na criação de vínculos e responsabilizações, bem como uma prática marcada pela “frieza” dos profissionais e pouca participação da população”¹⁸.

Acerca da percepção e aplicabilidade da ferramenta tecnológica de apoio à atenção integral, resolutive e humanizada, a PNH julga necessário amplificar o “objeto de trabalho” através da clínica ampliada. A mesma é designada ao encargo sobre determinada prática, bem como, ampliar o propósito ou a finalidade do trabalho clínico, além de buscar a construção de saúde por intermédio de meios preventivos, curativos, de reabilitação ou cuidados paliativos. A clínica também poderá cooperar para a amplificação da autonomia dos usuários e da capacidade de lidar com seu próprio sistema ou rede¹⁹.

Esta diretriz busca integrar vários planos de tratamento que possibilitem maior eficácia na complexidade em saúde, necessitando de um trabalho multiprofissional. Para a identificação do tratamento, coloca-se em discussão justamente a fragmentação de tudo o que não diz respeito às doenças, criando um ambiente favorável para que se possa falar e gerar a compreensão ampliada do processo saúde-doença²⁰.

O matriciamento ou apoio matricial é um plano que integra a diretriz da clínica ampliada e que procura produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica²¹. Entretanto, os usuários relatam que são atendidos somente por médicos, dificultando a atenção maior entre equipe e usuário, não ocorrendo a integração com outros profissionais quando se necessita, além da dificuldade para se conseguir referência médica:

[PN: O atendimento é multiprofissional?]

(DSC1). *Sempre resolvi o problema na unidade só pelo médico sem precisar de referência, desconheço o atendimento multiprofissional, geralmente apenas um profissional me atende. Nunca ouvir falar se o médico encaminha para outros profissionais, como psicólogo. Por que nunca passei por situações que necessitasse de encaminhamento. Porém, nem sempre o médico encaminha quando se precisa.*

Em contrapartida gestores e profissionais referem que para o encaminhamento ser feito, o paciente deve necessitar de uma equipe multiprofissional para seu caso, evidenciada na escuta feita pelo médico:

(DSC2). *O plano terapêutico é definido pelo médico. É dado em conjunto por uma equipe multiprofissional, para além dos profissionais da ESF, desde que seja necessário. É feita a escuta qualificada e de acordo com a necessidade do paciente, encaminhamentos serão feitos para outros lugares, o paciente marca na central e faz seu acompanhamento.*

(DSC3). *No plano terapêutico dos usuários conseguimos articular outros profissionais para além do médico, através de encaminhamentos para especialistas e com ajuda do NASF, que vai depender da necessidade do paciente.*

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta tecnológica de apoio à atenção e representa a organização e desenvolvimento do processo de trabalho buscando um conjunto de propostas e condutas em que os profissionais se reúnem em prol do sujeito com um olhar holístico, unindo terapêuticas articuladas, para sujeitos individuais ou coletivos, o que se processa em quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação, de modo que designa o movimento de coprodução e cogestão do cuidado terapêutica²².

Assim, pode-se saber as principais hipóteses diagnósticas, condutas e tipo de abordagem. Contudo, sua escassez prejudica muito o trabalho na UBS, que não identifica a conduta terapêutica destinada ao usuário e este muitas vezes não sabe explicar as informações necessárias sobre seu tratamento o que dificulta aperfeiçoá-lo e dar seguimento na unidade²³.

Essa realidade culmina em uma baixa resolutividade dos problemas dos usuários, o que pode agravar seu estado de saúde, e prejudicar sua qualidade de vida. Existe a carência de trabalhos por meio dos programas de educação permanente, além do comprometimento dos profissionais com a realidade do território²⁴.

Como princípio norteador do sistema de referência e contrarreferência é fornecer a continuidade dos usuários dentro da comunidade, esse mecanismo é o elemento principal para a comunicação dos serviços de saúde. O mesmo gera um fluxo de encaminhamentos dentro da rede, de modo a atender seus usuários de acordo com a complexidade do caso apresentado organizando o sistema de saúde permitindo que os usuários migrem para os diferentes níveis de atenção estabelecidos a partir da sua necessidade, tornando seu atendimento facilitado e resolutivo²⁵.

CONCLUSÃO

A partir das análises dos conteúdos explorados, foi possível perceber que a atenção à saúde no contexto em que foi analisado não se configura como uma prática acabada, mas constitui um resultado aproximado da realidade, o que aponta para o desafio de mudanças operativas. Percebeu-se ainda que persiste um certo distanciamento das práticas humanizadas no setor saúde quando confrontadas ao que se recomendam as diretrizes estabelecidas. Para alcançar o horizonte indicado pela PNH, faz-se necessário a decisão política e a adesão dos trabalhadores e usuários para a reorganização do serviço sob uma ótica que se baseia na produção de saúde e na produção dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

1. Sampaio JJC. A humanização em saúde. In: Carneiro C, Ruiz EM, organizadores. Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará. Fortaleza: Editora UECE [periódico na internet]; 2006 [acessado em 2018 set 03]. p. 21-26. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Acolher%20cidad%C3%A3o%20estrat%C3%A9gia%20de%20aperfei%C3%A7oamento%20do%20SUS%20em%20Quixad%C3%A1,%20Cear%C3%A1.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS [periódico na internet]. Brasília, 2010 [acessado em 2018 set 22]. p. 7-70. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.
3. Barbosa MMA. Prática de fisioterapia na perspectiva da política nacional da humanização da atenção e da gestão em saúde. [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Editora UECE [dissertação na internet]; 2009 [acessado em 2019 out 07]. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=168960.
4. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [Internet]; 2010 [citado em 2019 Set 09]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>.
5. Lefevre AMC, Crestana MF, Cornetta, VK. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRUH”. Saúde e Sociedade [periódico na internet]. 2003. [acessado em 2019 out 05]; 12(2): 68-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n2/07.pdf>.
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [resolução na internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2012 [acessado em 2018 set 06]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
7. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Saúde debate [periódico na internet]. 2015 [acessado em 2019 out 09]; 39(105): 514-524. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042015000200514&script=sci_abstract&lng=pt.
8. Santos JP. A escuta qualificada: instrumento facilitados no acolhimento ao servidor readaptado. [monografia]. Sec. Munic. Saúde SP [monografia na internet]; 2014 [acessado em 2019 set 05]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-9149>.
9. Calderon DBL, Verdi MIM. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da política nacional de humanização (PNH). Interface [periódico na internet]. 2014 [acessado em 2019 out 06]; 18(1): 859-870. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832014000500859&script=sci_abstract&lng=pt
10. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde [periódico na internet]. Brasília, 2006 [acessado em 2019 set 10]. p. 3-46. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf.
11. Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehr MB. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: Revisão sistemática. Rev Esc Enferm [periódico na internet]. 2014 [acessado em 2019 set 11]; 48(3):530-539. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-530.pdf.
12. Brasil. Ministério da Saúde. A Experiência da Diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH [periódico internet]. Brasília, 2017 [acessado em 2019 set 12]. p. 7-43. Disponível em: http://redehumanizaus.net/wpcontent/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: Ambiência [periódico na internet]. Brasília, 2010 [acessado em 2019 set 14]. p. 3-34. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf.
14. Sousa EA. A valorização do trabalho e do trabalhador da saúde na perspectiva da PNH. Rede Humaniza Sus [Internet]; 2014 [citado em 2019 Set 09]. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/87551-a-valorizacao-do-trabalho-e-dotrabalhador-da-saude-na-perspectiva-da-pnh/>.
15. Arsego LR. A valorização do trabalhador da saúde pública: A agenda brasileira. [dissertação de mestrado]. Rio Grande do Sul: UFRGS [periódico na internet]. 2013 [acessado em 2019 set 14]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/67474>.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS [Internet]. Brasília, 2019 [citado em 2019 Set 26]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-aco-es-e-programas/40038-humanizasus>
17. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde [periódico na internet]. Brasília, 2012 [acessado em 2019 set 15]. p. 5-25. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf.
18. Oliveira IC, Rocha RM, Cutolo LRA. Algumas palavras sobre o NASF: relatando uma experiência acadêmica. Rev. bras. educ. med [periódico na internet]. 2012 [acessado em 2019 set 18]; 36(4):574-80. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010055022012000600019&script=sci_abstract&tlng=pt.
19. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2007 [acessado em 2019 set 20]; 12(4):849-859. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s141381232007000400007&script=sci_abstract&tlng=pt.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada [periódico na internet]. Brasília, 2009 [acessado em 2019 set 23]. p.5-62. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva [periódico na internet], 2011 [acessado em 2019 set 24]. p.13-235. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.
22. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde [periódico na internet]. 2010 [acessado em 2019 set 26]; 34(1): 92-96. Disponível em: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf.
23. Santos MDC. Sistema de referência-contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, distrito de São João Del Rei-MG: o papel da rede na atenção básica. [monografia] Minas Gerais:UFMG [monografia na internet]; 2015 [acessado em 2019 set 03]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Sistema_de_referencia__contrarreferencia_em_saude_em_Sao_Sebastiao_da_Vitoria__distrito_de_Sao_Joao_Del_Rei__MG__o_papel_da_rede_na_atencao_basica/444.
24. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2010 [acessado em 2019 set 30]; 15(3):3579-3586. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000900033&script=sci_abstract&tlng=pt.
25. Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira NA, Nunes CK, Pavani FM, Sperb LCSO. Atenção Psicossocial Infante juvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. Texto Contexto Enferm [periódico na internet]. 2017 [acessado em 2019 set 27]; 26(3):1-10. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072017000300309&script=sci_abstract&tlng=pt.

RECEBIDO: 23/06/2020

ACEITO: 19/10/2020