REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA ï RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE ï UFRN
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA ï NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA ï MPSF

ANDREA TABORDA RIBAS DA CUNHA

A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

NATAL /RN
2014

ANDREA TABORDA RIBAS DA CUNHA

A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste ï Mestrado Profissional em Saúde da Família ï MPSF / RENASF / UFRN.

Orientadora: Prof.ª Dra. Rosana Lúcia Alves de Vilar.

NATAL/RN
2014

Catalogação da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Cunha, Andrea Taborda Ribas da.
A humanização da saúde no cotidiano de usuários da Estratégia Saúde da Família / Andrea Taborda Ribas da Cunha. - Natal, 2014.
70f: il.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste - Mestrado Profissional em Saúde da Família ? MPSF / RENASF / UFRN.
Orientadora: Profa. Dra. Rosana Lúcia Alves de Vilar.

1. Estratégia Saúde da Família - Dissertação. 2. Humanização da Assistência - Dissertação. 3. Participação Social - Dissertação. I. Vilar, Rosana Lúcia Alves de. II. Título.

RN/UF/BSA01 CDU 614.253.5

Andrea Taborda Ribas da Cunha

A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Rosana Alves de Villar

Profª. Dra. Rosana Lucia Alves de Villar - UFRN

(Orientadora)

Maisa Paulino Rodrigues

Profª. Dra. Maisa Paulino Rodrigues - UFRN

(Membro Interno)

Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes

Profª. Dra. Suzana Carneiro De Azevedo Fernandes - UERN

(Membro Externo)

Rejane Maria Paiva de Menezes

Profª. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes

(Examinador Suplente)

Natal, 24 de abril de 2014.

Dedico este trabalho a minha família, sem ela nada valeria à pena, sem ela eu nada seria...

AGRADECIMENTOS

Ao escrever esta dissertação percorri muitos caminhos, idas e vindas, até chegar onde queria. Mas quando cheguei percebi que era apenas o princípio. Clarice Lispector disse: ñEnquanto eu tiver perguntas e não houver resposta, continuarei a escreverò.

Penso que este foi o começo de uma grande caminhada e agradeço a tantos que tornaram este começo possível:

A minha família: pai, mãe, tio e avós, pelos valores que sempre me passaram e me fizeram chegar aqui;

Meu marido e meu pequeno que chegou agora e já conviveu com um pouco de minha ausência;

Minha família conquistada aqui pelos cuidados a mim dispensados;

Minha querida orientadora, Rosana Lucia Alves Vilar, com muita calma e paciência me auxiliando, sempre presente durante o percurso deste trabalho;

Aos meus colegas de Mestrado, e especialmente os de Mossoró, companheiros de viagens, juntos para terminarmos mais esta empreitada;

Minhas queridas amigas Tammy Rodrigues e Jandira Arlete Cunegundes, que me ajudaram em minhas atividades e sempre estão a ouvir minhas angústias;

Aos meus residentes de Medicina de Família e Comunidade que me auxiliaram;

Às equipes e profissionais de saúde das Unidades da pesquisa pela sua ajuda;

Ao meu querido colega Ricardo Henrique Vieira de Melo, uma pessoa admirável, poeta e apaixonado pelo que faz, um grande distribuidor de ñdádivasò.

ñ*Cada um é responsável por todos. Cada um é o único responsável. Cada um é o único responsável por todos***ò**.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

A presente pesquisa parte do pressuposto de que, para mudanças nas práticas em saúde direcionadas ao cuidado integral, são de fundamental importância a humanização, a participação e a autonomia dos usuários. Neste sentido, investigou o tema da humanização envolvendo usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Mossoró, tendo como objetivos: analisar as percepções dos usuários sobre a humanização na produção do cuidado em saúde no cotidiano de um território da Estratégia Saúde da Família e, a partir destas percepções, identificar elementos que caracterizam práticas cotidianas humanizadas e não humanizadas na produção do cuidado em saúde; relacionar as percepções dos usuários sobre humanização com as noções sobre clínica ampliada e participação social presentes na Política Nacional de Humanização (PNH); identificar dificuldades e potencialidade na produção do cuidado em saúde na perspectiva da humanização. Foi uma pesquisa de abordagem qualitativa que para a coleta dos dados utilizou a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES), o que possibilitou a problematização das práticas de saúde através de uma discussão interativa envolvendo os sujeitos participantes. A análise dos dados foi realizada através técnica de análise temática de conteúdo e seus resultados foram interpretados tendo como referências a Clínica Ampliada e a participação do usuário, dialogando também com a Teoria da Dádiva discutida por Marcel Mauss. Os resultados apontaram sentidos da humanização vinculados ao afeto, reciprocidade e honestidade, destacando-se como elementos essenciais às práticas humanizadas a confiança, o vínculo, a escuta, o diálogo e a responsabilização. Foram também mencionados outros elementos relacionados à organização dos serviços de saúde tais como acesso e bom funcionamento. As dificuldades e potencialidades demarcaram deficiências estruturais do sistema de saúde e mudanças no processo de trabalho. A participação dos usuários desconstruindo e reconstruindo conceitos sobra à humanização na produção do cuidado em saúde é fator primordial para o a sedimentação do que propõe a PNH. Utilizando o espaço privilegiado da ESF e criando sujeitos mais partícipes, é possível entender suas necessidades e demandas, sendo um caminho possível para a construção de uma gestão participativa.

Descritores: Humanização da Assistência. Estratégia Saúde da Família. Participação Social.

ABSTRACT

This research assumes that for changes in health practices directed to an integral care, is crucial humanization, participation and autonomy of service users. In this sense, the research had investigated the issue of humanization involving users of the Family Health Strategy (FHS) in city of Mossoró, having as objectives: to analyze the perceptions of users on humanization in the production of health care in daily of Family Health Strategy, from these perceptions, identify elements featuring humanized and non-humanized in everyday practices related to production of health care; relate perceptions of users about humanization with the notions of extended clinic and social participation present in the National Humanization Policy (NHP); identify difficulties and potentialities in the production of health care from the perspective of humanization. It was a qualitative approach to data collection and it was used the methodology of Network Analysis of Everyday Life (NAEL), which allowed the questioning of health practices through an interactive discussion involving participants subjected. The analysis of data through the technique of content thematic analysis was performed and the results were interpreted related the Extended Clinic references and the users participation, related with the Gift Theory discussed by Marcel Mauss. The results indicated senses humanization linked to affection, reciprocity and honesty, highlighting as essential to humanized practices the trust, bonding, listening, dialogue and accountability. Were also mentioned other elements related to the organization of health services such as access and good functioning of the health services. The difficulties and potentialities show structural deficiencies of the health system and changes in the labor process. The participation of users deconstructing and reconstructing concepts remainder humanization in the production of health care is a key factor for the sedimentation of what is proposed in the HNP. Using the privileged space of the FHE to create more active people and understanding their needs and demands, is possible path to build a participative management.

Keywords: Humanization of Assistance. Family Health Strategy. Social participation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS ï Agente Comunitário de Saúde.

APS ï Atenção Primária à Saúde.

CNES ï Cadastro Nacional de Estabelecimentos.

CE ï Ceará.

ESF ï Estratégia Saúde da Família.

IDH ï Índice de Desenvolvimento Humano.

IBGE ï Instituto Brasileiro de Gerenciamento Estatístico.

KM ï Quilômetro.

LAPPIS ï Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde.

MARES ï Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano.

MS ï Ministério da Saúde.

OMS ï Organização Mundial de Saúde.

PACS ï Programa do Agente Comunitário de Saúde.

PNAB ï Política Nacional de Atenção Básica.

PNH ï Política Nacional de Humanização.

PMAQ-AB ï Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.

PPI ï Política de Pactuação Integrada.

RN ï Rio Grande do Norte.

SP ï São Paulo.

SIAB ï Sistema de Informações da Atenção Básica.

SUS ï Sistema Único de Saúde.

UBS ï Unidade Básica de Saúde.

UERJ ï Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

UFRN ï Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

WONCA ï World Organization of National Colleges, Academies and Academic / Associations of General Practioners/Family Physicians.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Regionais do RN 26
Figura 2: Organização rede de Saúde de Mossoró 27
Figura 3: Territorialização de uma das UBS 28
Figura 4: Algumas cartas confeccionada para auxílio a primeira etapa da MARES 31
Figura 5: Algumas cartas confeccionada para discutir sobre práticas humanizadas na produção do cuidado no cotidiano da UBS 32
Figura 6: Algumas cartas confeccionada para discutir sobre práticas humanizadas na produção do cuidado no cotidiano da UBS 32
Figura 7: Mapa do self construído por usuários de um das UBS 33
Figura 8: Gráfico do Perfil dos usuários participantes divididos por sexo..... 35
Figura 9: Gráfico da Escolaridade geral dos participantes..... 36
Figura 10: Gráfico da Média da renda familiar dos participantes..... 36
Figura 11: Gráfico Conhecimento e utilização dos serviços da UBS..... 37
Figura 12: Reunião de comemoração de São João de grupo de idosos de uma das UBS.. 54
Figura 13: Painel comemorativo de grupos educativos de uma das UBS 54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Núcleos de sentido relacionados à percepção do usuário quanto a humanização na produção do cuidado em saúde..... 44

Quadro 2: Núcleos de sentido relacionados à percepção do usuário quanto práticas humanizadas na produção do cuidado em saúde em seu cotidiano 52

Quadro 3: Potencialidades e dificuldades da UBS 1 53

Quadro 4: Potencialidades e dificuldades da UBS 2 56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
2 APORTES TEÓRICOS 17
2.1 TEORIA DA DÁDIVA 17
2.2 A CLÍNICA AMPLIADA E A PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO 20
3 METODOLOGIA 25
3.1 O CENÁRIO DA PESQUISA 25
3.2 COLETA DE DADOS 29
3.3 ANÁLISE DOS DADOS 34
3.4 ASPECTOS ÉTICOS 34
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES 35
4.1 PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE HUMANIZAÇÃO 38
4.2 PRÁTICAS HUMANIZADAS E NÃO HUMANIZADAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE 44
4.3 POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE 52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 59
REFERÊNCIAS 62
APÊNDICE 65
APÊNDICE A - QUESTÕES NORTEADORAS PARA GRUPO FOCAL COM USUÁRIOS 66
APÊNDICE B ï QUESTIONÁRIO ï PERFIL DOS USUÁRIOS 68
APÊNDICE C- TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 69

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas as discussões sobre reformas da saúde e dos modelos de atenção têm sido uma constante no contexto brasileiro. Neste debate, a implantação do Sistema Único Saúde (SUS), tendo como um dos princípios básicos a integralidade, se constitui um dos focos privilegiados. O referido sistema propõe uma mudança do modelo de atenção à saúde centrada na doença para um modelo incorporando também a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos na perspectiva das práticas integrais e humanizadas de cuidado.

Vários estudos sobre o tema da integralidade, realizados por um grupo de pesquisadores que constituem o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) da UERJ, reúnem informações e subsídios sobre as variadas abordagens na produção de saberes e práticas sobre a temática. Matos (2001) reconhece três conjuntos de sentidos sobre integralidade: relacionados à política no sentido geral, à organização dos serviços e à prática desenvolvida. Sobre a prática desenvolvida, a integralidade pressupõe atenção individual e coletiva em suas diferentes dimensões e necessidades, considerando o sujeito como indivíduo histórico, social e político, inserido em seu cotidiano.

O debate em curso também aborda que a concepção sobre saúde, antes privilegiando uma visão biologicista, muda para uma noção ampliada de bem-viver, na qual os determinantes sociais do processo de adoecimento ganham importância e passam a ser fundamentais no reconhecimento das demandas e necessidades de saúde de uma população. Para tal, a noção de cuidado e os modos de pensar e fazer saúde devem ser revistos e trabalhados à luz desta nova visão.

Neste sentido, a gestão do cuidado como a forma de organização da atenção a saúde, em substituição aos programas assistenciais verticalizados que já não conseguem mais cumprir com seus objetivos na manutenção da saúde da população, parte do pressuposto de que os processos de adoecimento e saúde estão interligados desde o nível individual ao coletivo. Sendo assim, deve-se romper com fazeres tradicionais para que se possa atingir uma nova dimensão de cuidado integral para que o sujeito possa, em sua subjetividade, ser protagonista de sua saúde, interagindo com serviços e profissionais.

Boff (2004, p. 33) ressaltando que o cuidado ñé muito mais uma atitude do que um ato em siò, esclarece: ñabrangeria muito mais que um momento de zelo, mas sim uma atitude de ocupação, preocupação e responsabilização para com o outroò. Por conseguinte, perde a

dimensão utilitarista de mera assistência tecnicista, incorporando os determinantes sociais da vida, o reconhecimento do individuo enquanto ser humano, a participação solidária e responsabilização do usuário na construção de seu próprio cuidado.

Ayres (2004) abordando a referida temática nos convida a repensar o cuidado em saúde no sentido do reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito que utiliza os serviços de saúde, inserido em seu cotidiano, com seus sofrimentos e valores sociais. E na referida abordagem destaca que na produção do cuidado ocorre: ño desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, o exercício de uma sabedoria prática para saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúdeò. (AYRES, 2004, p. 86).

Na linha de pensamento para aproximação da ciência a um cuidado menos tecnicista e mais humano, vários autores dialogam, entre os quais Merhy (2003), demarcando que o trabalho em saúde é constituído de um trabalho morto (instrumental) e um trabalho vivo (ato em si). Na medicina tecnicista ocorre uma preponderância do trabalho morto que leva a uma atenção ñdesumanizadaò, dificultando um cuidado mais próximo e integral.

O trabalho vivo, para Merhy (2003), é composto por tecnologias leves, entendidas como ferramentas relacionadas ao cuidado como um ato, tais como vínculo, escuta e acolhimento. O uso destas tecnologias leves fortalece as relações humanas e propicia um cuidado mais integral e humano.

Martins (2003), discutindo o tema da desumanização na saúde, aponta a necessidade da revalorização do homem como totalidade, superando a fragmentação ocasionada principalmente por interesses econômicos de uma medicina tecnicista. Na concepção deste autor, a medicina humanista reivindica uma diversidade disciplinar, conceitual e política para dar conta de um cuidado integral. E nesta linha de raciocínio, se baseia em complexas teorias relacionais que explicam os diferentes modos de sentir, adoecer e morrer presentes no cotidiano das pessoas.

Para fundamentar suas ideias acerca da humanização, Martins (2003) dialoga com a Teoria da dádiva/dom proposta por Mauss (2003), reforçando o argumento de que a humanização do cuidado depende diretamente de como o profissional de saúde fixa sua atenção no usuário para inseri-lo em um sistema de trocas interpessoais, que envolve a dimensão do ñdar, receber e retribuirò, o que gera a ñsolidariedadeò no cuidar.

Ayres (2004) refletindo sobre o ñcuidarò aponta que projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade são traços fundamentais a serem considerados na

compreensão das interações entre profissionais de saúde e pacientes e como pontos-chave para a reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde.

No Brasil, com a criação do SUS e posteriormente da Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante da atenção primária, estas discussões vêm se aprofundando, e cada vez mais, a referida estratégia se configura como um espaço privilegiado para diferentes reflexões, tendo como referência o território de atuação.

Diante dos impasses éticos, políticos, financeiros e de organização do sistema de saúde presentes no cenário dos serviços de saúde, impõem-se o debate sobre a humanização com o questionamento do modelo e da qualidade da atenção, visando à superação dos problemas existentes como também minimização do sofrimento dos usuários. Dessa forma, apostar na humanização do cuidado no SUS é chamar atenção para a necessidade de problematizar os modos de fazer presentes nas práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores e equipes no cotidiano.

Nessa perspectiva, foi criada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), como política pública construída para enfrentar e superar desafios relacionados à qualidade da atenção e da gestão em saúde. Em consonância com os princípios do SUS, e com outras políticas do sistema de saúde tais como a Política Nacional de Promoção a Saúde e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), enfatiza-se a necessidade da participação e controle social em saúde além da clínica ampliada como ferramenta para um cuidado integral em saúde.

A participação da comunidade é considerada um exercício de autonomia: ñEsta por sua vez é uma forma de controle social, que possibilita a população por meio de seus representantes definir e acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúdeò. (BRASIL, 2001, p. 81).

Podemos evidenciar que a participação social tem se destacado como ponto fundamental na autonomia dos sujeitos e incentivo a mudanças culturais de grupos populacionais, visando à diminuição das vulnerabilidades quanto ao adoecimento dos indivíduos e a gestão do cuidado de forma mais horizontalizada, devendo existir de forma contínua e não pontual. Porém, na prática, observamos muitas vezes que os espaços para exercício da cidadania e do direito de participação e democratização no nível local, ainda encontram-se muito distantes dos usuários do sistema de saúde, com pouca representatividade de suas necessidades.

O exercício de cidadania em seu conceito mais amplo ainda encontra-se limitado, uma vez que, a maioria dos espaços políticos é ocupada pelas classes dominantes e utilizada em

interesses próprios e não do coletivo. Os sujeitos não conseguem exercer sua autonomia de forma a tornar sua participação mais efetiva.

Honneth (2003) cita três níveis de organização identitárias e moral dos sujeitos, o reconhecimento do indivíduo em suas diferentes fases na sua participação social: o da confiança, do respeito e da estima. Para entendermos as diferentes faces dos cotidianos dos indivíduos é importante nos basearmos nesta categorização do reconhecimento segundo o referido autor. É quando o individuo se reconhece enquanto humano cidadão e parte integrante de um sistema solidário de convivência, respectivamente.

Para Ricoeur (2006) existe a possibilidade de mudança das lutas por reconhecimento para estados de reconhecimento mútuo que levam a pacificação. Já na visão de Martins (2009), esta passagem pode ser alcançada desde que estas lutas por reconhecimento possam ser canalizadas na formação de esferas públicas locais mais automizantes e reflexivas.

Observa-se que, para avançar, é necessário que este tipo de discussão ocorra a partir de redes sociais locais. Por conseguinte, os novos movimentos sociais e a modernização das políticas públicas surgem associados ao conceito de ñredesò, que para serem efetivas devem apresentar forte característica de interatividade, porém serem flexíveis, para que permitam uma gestão compartilhada.

As questões sobre a humanização da saúde são de grande interesse para a agenda da política de saúde no Brasil, trazendo à tona problemas da medicina moderna e suas práticas capitalistas. Apesar desta importância, ainda se precisa esclarecer o são consideradas práticas humanizadas em saúde na percepção dos usuários, principalmente em um cenário complexo como na Atenção Básica. Além de entender a percepção do que seja ñhumanizadoò, é fundamental correlacionar a referida percepção aos eixos da Política Nacional de Humanização (PNH) e a produção do cuidado nas práticas cotidianas nos serviços de saúde.

A presente pesquisa fez uma análise das percepções dos usuários sobre a humanização na produção do cuidado em saúde no seu cotidiano, em um território da Estratégia Saúde da Família. Compreendendo o cotidiano como um conjunto de aspectos presentes na vida de qualquer sujeito que tem suas particularidades (HELLER, 1992).

Assim sendo, a análise teve como base as práticas desenvolvidas no cotidiano das unidades básicas de saúde, utilizando como principais referências à clínica ampliada e participação dos usuários preconizados pela PNH, dialogando com a Teoria da dádiva discutida por Marcel Mauss.

A clínica ampliada surge a partir da crítica a clínica tradicional, buscando a sua ampliação em vários sentidos: ampliar o objeto de trabalho, agregando-lhe, além das doenças,

os problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas); ampliar a finalidade do trabalho clínico por vários meios ï promocionais, preventivos, curativos e de reabilitação; e ampliar o grau de autonomia dos usuários. E a participação do usuário é valorizada pelo principio do protagonismo do sujeito e dos coletivos (BRASIL, 2003).

Diante desta problemática e da experiência da pesquisadora como médica na Estratégia Saúde da Família e docente de curso de medicina e Residência Médica, convivendo no dia a dia com muitos desafios, foram surgindo várias questões que instigaram a necessidade de respostas, tais como: Quais as visões dos usuários sobre humanização? Existe relação entre estas visões e a clínica ampliada? Conforme a vivência dos usuários, que práticas cotidianas são consideradas humanizadas e não humanizadas na produção do cuidado na atenção básica? Quais as principais dificuldades e potencialidades no processo de produção do cuidado na perspectiva da humanização expressas pelos usuários?

Neste cenário é de grande relevância a realização de estudos que possam contribuir para uma nova perspectiva de cuidado humanizado, reconhecendo o sentido da humanização a partir da vivência cotidiana dos próprios usuários e podendo correlacioná-lo com as Políticas Nacionais vigentes, estimulando assim a processos reflexivos que estimulem a participação destes usuários na construção de um cuidado integral.

Por conseguinte, a pesquisa teve como objetivo geral analisar as percepções dos usuários sobre a humanização na produção do cuidado em saúde no cotidiano de um território da Estratégia de Saúde da Família. E como objetivos específicos conhecer a percepção dos usuários sobre os significados de humanização, identificando elementos que caracterizam práticas cotidianas humanizadas e não humanizadas no cotidiano da produção do cuidado em saúde; relacionar as percepções dos usuários sobre humanização com as noções sobre clínica ampliada e participação social presentes na PNH; identificar dificuldades e potencialidade na produção do cuidado em saúde na perspectiva da humanização.

Esta dissertação encontra-se organizada em mais quatro partes além desta introdução aqui apresentada.

A segunda parte se refere aos aportes teóricos relacionados à Teoria da Dádiva, a clínica ampliada e a participação social. A terceira parte apresenta a metodologia utilizada destacando o cenário da pesquisa, a coleta e forma de análise dos dados e seus aspectos éticos. Na quarta parte são apresentados os resultados de forma articulada aos objetivos dialogando com referenciais teóricos. Por fim, a última parte apresenta as considerações finais.

2 APORTES TEÓRICOS

Considerando o objeto da pesquisa, algumas fundamentações teóricas possibilitaram uma interlocução com a prática em todos os itens da dissertação. Todavia, este capítulo apresenta os fundamentos teóricos que sedimentam principais discussões relacionadas aos objetivos, dividido em duas partes: teoria da dádiva/ clínica ampliada e participação do usuário.

2.1 TEORIA DA DÁDIVA

Marcel Mauss (1872-1950) foi o grande sistematizador da Teoria da Dádiva, que conforme citada anteriormente, vem sendo resgatada e utilizada para fundamentar uma discussão sobre a humanização da saúde e a centralização do cuidado no usuário. Seu ensaio clássico ñEnsaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicasò (1924) traz esta teoria que fundamenta a solidariedade e alianças sociais. Também defendida por Alain Caillé, um dos principais difusores do pensamento maussiano na atualidade.

Mauss defendia que o valor das coisas não pode ser superior ao valor da relação, tendo chegado a esta compreensão através da observação das modalidades de troca nas sociedades arcaicas. O mesmo relatou também que, nas sociedades contemporâneas, a lógica mercantilista não substitui as antigas formas de vínculos e alianças entre os seres humanos.

Caillé (2002) relembra que Mauss avançou, através da teoria da dádiva, as bases de um pensamento sociológico que deixava de se constituir uma crítica antiutilitarista difusa presente em outros autores. A crítica anitutilitarista de Mauss denunciava o equívoco de limitar todas as motivações humanas apenas ao interesse, egoísmo e economia do mercado. Modalidades de trocas são vistas por ele como um fato social que surgem a partir da totalidade de todos os fenômenos humanos de natureza econômica, política, cultural, religiosa, entre outros.

O conceito de dádiva discutido pela teoria de Mauss não se traduz no conceito católico de caridade e benção (MARTINS, 2006). Embora ambas correspondam a certo tipo de dádiva, o termo teria na teoria um sentido muito mais amplo. A dádiva seria uma lógica organizativa social de caráter universalizante.

É possível observar em todas as sociedades um sistema constante de reciprocidade de caráter interpessoal. Este sistema se expande ou retrai a partir de uma tríplice obrigação coletiva de doação, de recebimento e devolução de bens simbólicos ou materiais, conhecido como dom ou dádiva (MAUSS, 2003). Aqui faço uma correlação de que estes bens simbólicos podem ser vistos nas relações interpessoais e conceitos que podem se traduzir em práticas humanizadas de cuidado e que permeiam a questão das tecnologias leves (MERHY, 2003) já citadas.

Esta tríplice obrigação seria anterior às obrigações legais e contratuais, o que se relaciona também com a PNH que tanto ressalta a importância da descentralização e das questões individuais e dos processos de trabalho contratualizados, embasando a discussão que o foco no indivíduo deve ser prioritário em relação ao planejamento burocrático de ações de saúde.

Mesmo previsto em leis ou políticas, o cuidado humanizado depende muito mais destas trocas interpessoais subjetivas do cotidiano de usuários e profissionais e dos vínculos e redes formados através delas. A compreensão da dádiva como um sistema de trocas básico da vida social permite romper com o modelo dicotômico da modernidade, pelo qual a sociedade seria fruto de uma ação planificadora do Estado ou do movimento do Mercado (MARTINS, 2006). A ação social seria então um movimento circular acionado pela força do bem (simbólico ou material) dado, recebido ou retribuído, que interferiria na colocação dos membros de um grupo social e no reconhecimento, inclusão e prestígio, ou seja, no vínculo social.

Outro ponto a ser ressaltado é o de que na Dádiva, o bem devolvido nunca tem valor igual ao recebido, não pode ser pago na ñmesma moedaò, como a lógica do mercado. Tampouco é retornado no mesmo momento da ação. Um presente ou hospitalidade pode ser retribuído em outro momento, fazendo circular a roda das práticas sociais entre os envolvidos.

Martins(2006) cita que, na perspectiva da Teoria da Dádiva, as regras de fundação de uma sociedade são ambivalentes. Existem em uma sociedade regras próprias de economia, política e social, no entanto a dádiva seria anterior a todas estas normativas. A sociedade seria fundada na ambivalência da reciprocidade: do dar e receber, do interesse e desinteresse, o contrato e o vínculo. A dádiva é ambivalente e ultrapassa a antítese entre o eu e o outro, obrigação e liberdade, mágico e o técnico (MARTINS, 2006).

Para alguns autores a Teoria da Dádiva seria ingênua, por supor que não existem interesses nas relações sociais. Outra crítica seria a de que a dádiva se refere ao limite da mesma quando se fala dos regimes Estatais e sua complexidade (MARTINS, 2006). Mauss

defendia que o Estado do Bem-estar social seria uma forma primitiva de dom. Porém, segundo alguns autores, isto é bastante discutível, pois na prática muitas vezes nesta ação redistributiva traduz-se em clientelismos e assistencialismo (MARTINS; BIVAR, 2006). Porém, outros autores como Phillipe Chanial consideram o dom e dádiva importantes para rediscutir o papel do Estado.

Quando transportamos o que foi aqui discutido para a Saúde, temos que pensar que na maioria das vezes estamos lidando com sujeitos bastante fragilizados, principalmente em uma sociedade que não assegura ao indivíduo um nível de autonomia cidadã. Muitos indivíduos são autônomos e participativos apenas em suas redes relacionais cotidianas. O cuidado integral e humano, com ações de respeito e amor, revela um misto de condições sociais, visto que não se materializa sem ações coletivas de solidariedade e reconhecimento recíproco (MARTINS; PINHEIRO, 2011), nos levando novamente ao tripé da dádiva do dar, receber e retribuir.

Ainda segundo Martins (2011), estes usuários geralmente são vitimas de uma cultura de humilhação histórica e social e as redes sociais nos fazem pensar o usuário do serviço público de saúde não como elemento isolado, mas como ente articulado de um sistema de reciprocidade reflexivo.

Se o indivíduo que é reconhecido enquanto ser humano (HONNETH, 2003) o cuidado ganha uma dimensão ampliada. Ayres (2004) retoma esta questão do reconhecimento. Para este pesquisador o reconhecimento do outro, quer como aceitação afetiva, quer como respeito a direitos, é essencial para que uma ação de saúde seja validada como ñcuidadoò. A nova concepção de saúde entende o cuidado como um dispositivo de mediação que envolveria a participação solidaria e as trocas afetivas cotidianas.

O sucesso da Atenção Primária, baseado na Teoria da Dádiva de Mauss, ocorreria quando o profissional centra sua atenção em inserir o indivíduo num sistema de trocas interpessoais (MARTINS, 2011). Ao voltar sua atenção para o usuário, o profissional, através do dom, desencadeia mecanismos de doação que gera obrigações de solidariedade de todas as partes envolvidas na mediação do cuidar (LACERDA, 2010).

No cuidado, enquanto novo modo de fazer saúde, a relação entre profissional de saúde e usuário não se limita apenas ao atendimento técno-biologicista, mas sim a uma participação solidária e responsabilização pelo usuário nos serviços de saúde local e a promoção da qualidade de vida, em todas as esferas a que este conceito se remete.

2.2 A CLÍNICA AMPLIADA E A PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO

As políticas de saúde no Brasil configuraram-se durante muito tempo de heranças de um modelo biomédico pós-guerra e de um contexto político hegemônico e neoliberal (PAIM, 2009). A humanização da saúde vem sendo discutida como parte fundamental da busca por um sistema de saúde democrático e de qualidade em resposta a este modelo hegemônico que não condiz com diretrizes e princípios do SUS. O termo tem uma infinidade de interpretações por parte de profissionais, usuários e gestores.

A Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) surge para enfrentar desafios presentes no sistema de saúde na direção de um atendimento de saúde digno e de qualidade, redesenhando iniciativas e propondo a reorganização do processo de trabalho em saúde. A visão ampliada de saúde em consonância com os princípios do SUS impõe o reconhecimento do usuário enquanto sujeito autônomo e partícipe em seu processo de cuidado. A PNH vem então como eixo para este novo modo de produção do cuidado em saúde e para ofertar modos de fazer no cotidiano do trabalho em saúde.

A referida política tem como princípios a troca de saberes, a participação de usuários e familiares e a corresponsabilidade com os profissionais de saúde ï a Clínica Ampliada, propondo como desafio a reconstrução das relações clínicas que exigem reformulação também dos processos de trabalho existentes de um modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2003).

A clínica ampliada passa a ser centrada ao indivíduo, como ser inserido em seu meio social e suas redes relacionais. A visão ampliada tem um caráter multidisciplinar, que valoriza diferentes saberes, baseada no vínculo e que coloca o sujeito autônomo como ator principal no processo de cuidar. A responsabilização também é ponto chave para o desenvolvimento desta nova concepção de produção do cuidado baseada nas necessidades e demandas do usuário, desembocando em um cuidado integral e holístico, que cria vínculo e se responsabiliza pelo sujeito (CUNHA, 2005).

O exercício da clínica passa a ser então muito mais que diagnosticar doenças, pois este é limitado em sua ação, concebe a vivência cotidiana de cada usuário e favorece, a partir daí, o estabelecimento de uma relação de confiança entre equipe de saúde e usuário levando ao vínculo estreitado, favorecendo o processo do cuidado de saúde e sua maior resolutividade (CUNHA, 2005).

Campos (1997) traz em seu trabalho ñA Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliadaò uma série de possibilidades para compreensão da clínica e destaca a

importância da dinâmica dos saberes e da ontologia das doenças na prática clínica. Refere em seu trabalho que toda padronização leva a supor um mundo de regularidade onde as doenças seriam em suas as mesmas sempre manifestações. Nesta visão estas variações jamais destituiriam a identidade da doença. Isto nos faz pensar não só nos limites da medicina biologicista, mas também nos limites de qualquer saber. Não se pode esquecer que, muitas vezes, encontra-se relacionado ao processo de adoecimento e cura grande carga afetiva dos sujeitos e instituições.

No mesmo trabalho o autor ainda destaca que o caminho para Clínica Ampliada está no próprio reconhecimento do limite dos saberes e da inexistência desta regularidade pressuposta levando a um projeto terapêutico centrado nas necessidades do indivíduo e que seria muito mais efetivo.

Segundo Cunha (2005), a clínica biomédica e excludente seria insuficiente para dar conta das demandas da Atenção Primária e sua alta complexidade. A clínica neste espaço passa a ser de aprendizado mútuo, incorpora família, comunidade e profissionais. Tudo isto somado para reinventar caminhos terapêuticos e de gestão da clínica (como nos remete a PNH, autonomia para reconstrução dos processos de trabalho).

Starfield (2003) refere que o sucesso terapêutico na Atenção Primária muitas vezes dependerá de sistemas e vínculos necessários para obter as informações de um sujeito e também de sistemas de informação da própria comunidade, o que faz a ESF um espaço privilegiado.

Sobre esta afirmação, Vilar (2009) tendo como base pesquisa sobre a humanização na saúde, acrescenta que mesmo com discrepâncias entre o real e o proposto a ESF vem se configurando como um espaço para o desenvolvimento de potencialidades no que diz respeito à humanização da saúde (VILAR, 2009).

A Clínica Ampliada também tem como ponto chave a autonomia dos sujeitos em seu cuidado, fazendo assim a ligação com outro ponto importante da PNH: a participação do usuário de forma mais efetiva em todo este processo. Ampliando a visão da atenção para além da incorporação de tecnologias e tratamento de doenças, para a promoção e prevenção, há o reconhecimento do cidadão não como simples cliente, mas como sujeito, pactuando uma nova política com negociação orientada por princípios éticos e pautada no respeito.

A valorização do cotidiano como formas de reinventar o fazer em saúde também é uma inovação (PASCHE E PASSOS, 2011), possibilitando a descoberta de potencialidades de qualificação do atendimento do SUS. A política visa trazer e ofertar dispositivos que alterem os modos de fazer no cotidiano de trabalhadores e usuários.

A PNH traz então também o tema à participação social em saúde, ampliando os protagonismos e responsabilidades no processo de produção da saúde. Não pensemos aqui apenas no controle social exercido em espaços instituídos de participação, mas lembremos de que se fazem necessários a construção de uma consciência sanitária coletiva, de usuários e trabalhadores, para mudar os modos de produção do cuidado de forma a atingir a missão do SUS (PASCHE ET AL. 2011).

Pensando na ESF, o território não é delimitado só geograficamente, existem outros aspectos a serem considerados como as suas particularidades e relações dinâmicas em todas as suas complexidades de funcionamento. Isto possibilita aos profissionais de saúde que nele atuam um conhecimento mais aprofundado sobre população e ambiente que o compõem, assim como, um maior vínculo e reconhecimento das estruturas relacionadas ao processo de adoecimento e qualidade de vida que ali se encontram e as subjetividades dos sujeitos.

Dentro de cada território podem ser encontradas características próprias de valores e experiências dos usuários dos serviços de saúde que ali vivem. O vínculo criado com a aproximação entre profissionais e usuários favoreceria um espaço de maior confiança, propiciando um cuidado mais integral e humano. Este espaço de diálogo também pode levar a alternativas criativas de gestão e planejamento dentro das equipes, melhorando a qualidade da atenção à saúde e tornando os sujeitos ativos neste processo (HUMANIZASUS NA ATENÇÃO BÁSICA, 2009).

Abordando o conceito de usuário e cidadão, Simmel (2002) faz uma crítica pelo fato de ser muitas vezes concebido como ñcondições naturaisò de indivíduos humanos que vivem em sociedade com Estado organizado, o que representa um equívoco, uma vez que, devem-se discutir estes papéis de forma a sair desta concepção dogmática e entender a pluralidade que existe atrás dos mesmos.

O usuário enquanto cidadão, não deve ser visto como aquele que apenas usufrui do serviço de saúde e das ações planejadas estatisticamente de forma unilateral, mas ser partícipe do processo de produção do cuidado e da gestão em saúde. Nesse sentido, podemos ressaltar a importância do empoderamento para que o mesmo usuário possa exercer de forma efetiva sua cidadania.

Martins (2004) defende que a organização de sistemas democráticos propicia a associação de indivíduos na formação de redes sociais que contribuem para o empoderamento. Analisa posturas diferenciadas dos usuários como um produto de um processo entre a ação intervencionista do à sociedade civil. Quando a força do Estado é maior que a da sociedade civil há tendência do usuário ter uma postura instrumentalizada e

individualista. Quando se tem uma estruturação de redes sociais e os mecanismos de pertencimento em rede funcionam adequadamente na vida local, valoriza-se uma postura mais cidadã e democrática. As redes podem então, dar conta das obrigações coletivas e dos mecanismos de emancipação individual.

Martins (2008) ainda ressalta que o usuário no plano da vida cotidiana com a sua inserção nas redes sociais e simbólicas está sempre reinventando seus trajetos terapêuticos enfrentando desafios em cada momento da organização dos serviços de saúde.

A descentralização das políticas de saúde no Brasil constitui grande oportunidade para que se entenda a implicação dos atores locais na luta pela definição dos saberes e também para a organização das esferas públicas participativas em âmbito local. Porém muitas vezes esta descentralização gera grande burocratização que se torna dificultadora do processo participativo e democrático. Uma abertura para deliberações mais ampliadas exige a criação de mecanismos mais profundos de ausculta qualificada a estes usuários; em geral percebidos em locais mais especializados próprios das instituições formais, em particular no que diz respeito ao planejamento (MARTINS, 2008).

Neste contexto, a ESF apresenta-se como espaço diferenciado para um planejamento compartilhado, que valoriza a opinião de profissionais e usuários, e que foca suas ações baseadas nas necessidades e demandas destes cidadãos, tornando as ações em saúde mais resolutivas. O foco centrado no usuário enquanto análise de demandas em saúde pode resultar em uma ação de planejamento diferenciada, que supera o planejamento em saúde baseado apenas em indicadores epidemiológicos, voltando-se para a humanização da produção do cuidado em saúde.

As práticas de saúde desumanizadas seriam resultados de ações individuais de homens ñruinsò? Ou seriam resultado da precarização da infra-estrutura do sistema público de saúde, precarização de vínculos e gestão descompromissada?

Neste sentido, Pasche (2011) coloca que a humanização na saúde não deve ser vista como o contrário do ñdesumano ou inumanoò, mas sim como a construção da ñemergência de trabalhadores e usuários protagonistas, autônomos e co-responsáveisò.

Esta definição vem de encontro aos princípios e diretrizes do SUS e ao sentido da clínica ampliada enquanto diretriz da PNH. Um caminho para qualificar os processos de trabalho em saúde seria a valorização dos entes envolvidos (trabalhador, usuário e gestão) e convidá-los a repensar os modos de fazer. Repensar estes processos a partir das demandas e necessidades dos usuários também é um grande desafio.

Para refletimos sobre a participação social ou do usuário retomamos também a Teoria da Dádiva, ressaltando a importância da circulação de bens simbólicos para formação de redes sociais e a construção de espaços de participação social. A organização de redes que apresentem fortes características de interatividade e que funcionem adequadamente em sistemas complexos teria um grande valor para repensarmos o a relação entre Estado e sociedade civil e a gestão compartilhada (MARTINS, 2006).

A troca de informações entre os indivíduos, em seu cotidiano, quer de maneira individual, quer em espaços formais com a formação de redes sociais instituídas, são realizadas na lógica da reciprocidade, ou seja, da troca e solidariedade, onde todos assumem suas responsabilidades.

Esta forma de participação social seria o grande o atual desafio para a democracia. Ricoer (2006) cita que este desafio é que se faz presente, onde o bem coletivo é mais importante que o bem individual. Somente aí atingiríamos a verdadeira democracia participativa. A importância então dos que no traz a PNH, a desconstrução e construção de modos de fazer a partir desta visão de coletivo para que cheguemos à qualificação do SUS.

A participação mais ampla necessita de modos de se fazer ouvir mais profundos, uma escuta ampliada, dificilmente percebida em locais de saberes hierárquico e de saberes técnico. O empoderamento dos indivíduos dentro das redes depende da tomada de consciência, pelos atores implicados, sobre a existência das mesmas e de suas responsabilidades dentro deste sistema de trocas.

A PNH considera que os agentes sociais, atores concretos do cotidiano dos territórios, quando mobilizados e engajados em práticas locais, são capazes de, coletivamente, mudar a realidade. A Atenção primária se mostra, novamente, um espaço privilegiado para identificação de lideranças sociais e ampliação dos espaços de ausculta e formação de vínculos que possibilitem esta construção coletiva entre trabalhadores e usuários.

É pertinente relembrar que em sociedades onde a cidadania não é amplamente assegurada a autonomia dos indivíduos muitas vezes é incipiente e pouco efetiva na prática. Segundo Martins (2009), mesmo os indivíduos autônomos o são dentro de certos limites, que impostos por suas redes do cotidiano como parentescos familiares, amigos, etc. As redes sociais são os dispositivos que minimizam o confronto entre a ação estatal planejada e regulamentada e as ações espontâneas das redes da sociedade civil (MARTINS, 2009).

As redes sociais existentes nestes espaços coletivos de produção do cuidado em saúde podem ser imprescindíveis para o estabelecimento do diálogo entre profissionais e usuários e para a interação de ambos visando à qualificação da saúde.

A ciência colocada como foco principal no cuidado em saúde, tal qual no modelo biomédico, pode representar uma forma de dominação, retirando dos sujeitos sua autonomia. A produção do cuidado em saúde pode então tornar-se meramente mercantil e desumana, com pouca ou nenhuma interação entre os profissionais e usuários.

Portanto, podemos supor que as redes sociais de um território atendido pela ESF serão de suma importância para consolidação dos processos de produção do cuidado em saúde junto às equipes da estratégia. Tal ideia vai de encontro ao que preconiza a PNH quanto às mudanças nos processos de trabalho e a cogestão dos mesmos. Entender o que os usuários percebem por humanização da saúde, baseado em suas crenças cotidianas, e trabalhar estas percepções, podem nos guiar quanto às potencialidades e dificuldades presentes no território.

3 METODOLOGIA

Considerando a natureza dos objetivos propostos, fizemos opção por uma abordagem de cunho qualitativo. A pesquisa qualitativa busca aspectos que não são facilmente quantificáveis, se propondo a analisar relações históricas, de representações, percepções e opiniões, produzidas pela interpretação que os seres humanos fazem a respeito de seu modo de viver ajudando o desvelar de processos sociais ainda pouco conhecidos, caracterizando-se pela empiria e sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão do processo estudado (MINAYO, 2010).

3.1 O CENÁRIO DA PESQUISA

De acordo com o Relatório de Gestão (2013), a pesquisa foi desenvolvida no município de Mossoró, situado no oeste potiguar, na 2ª regional de saúde do estado, ocupando uma área de 2.110,21 km^2 com uma densidade demográfica de 101,47 hab/km^2, tendo como principais vias de acesso a BR 304 (Natal/Fortaleza), BR 110 (Areia Branca) e BR 405 (Apodi) e uma população de 280.314 habitantes (estimativa IBGE para 2013) e IDH de 0,735. Sua economia é bastante variada, o que propicia grandes diferenças sociais. A maior parte da população encontra-se na zona urbana (27 bairros divididos em zona norte, sul, leste e oeste). Em zona rural existem 11 comunidades. Limita-se ao norte com os municípios de Grossos e Tibau, ao sul com Governador Dix-Sept Rosado e Upanema, a leste com Areia Branca/Assu e Serra do Mel e a oeste com Baraúna. A capital do estado localiza-se a 280 Km de distância.

Mossoró é uma das principais cidades do interior nordestino. Atualmente vive um intenso crescimento demográfico, econômico e de infraestrutura, com um acréscimo de até 6% na população.

Figura 1: Regionais do RN
Fonte: Google

No que diz respeito ao sistema de saúde, o município possui Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde, com 289 (duzentos e quarenta e oito) Unidades de Saúde, sendo 73 unidades sob gestão municipal, 09 sob gestão estadual e 207 privadas, conveniadas e filantrópicas, segundo o Cadastro Nacional de estabelecimentos (CNES,2013). Além da população residente o município ainda presta assistência 164.602 habitantes referenciados, dos municípios-satélite (Baraúnas, Serra do Mel, Areia Branca, Upanema, Tibau, Campo Grande, Apodi, Felipe Guerra, Grossos, Caraúbas, Messias Targino e Gov. Dix-sept Rosado), conforme Programação Pactuada Integrada (PPI, 2013).

Segundo Relatório de Gestão (2013), das 73 Unidades de Saúde Municipais 44 são Unidades Básicas de Saúde, sendo que a 40 funcionam segundo o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 4 no modelo do Programa do Agente Comunitário de saúde (PACS). Existem no município 63 equipes de ESF. Destas 02 ainda aguardando o credenciamento pelo MS, 32 inscritas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB). Das inscritas no PMAQ 26 foram avaliadas com resultados de bom a regular (PMAQ 2013). Existem aproximadamente 62.933 famílias cadastradas no Sistema Informação da Atenção Básica ï SIAB (MS) (aproximadamente 241.684 pessoas). Na Estratégia Saúde da Família, a estimativa de cobertura corresponde a 73,72% da população local, o que representa 193.200 pessoas.

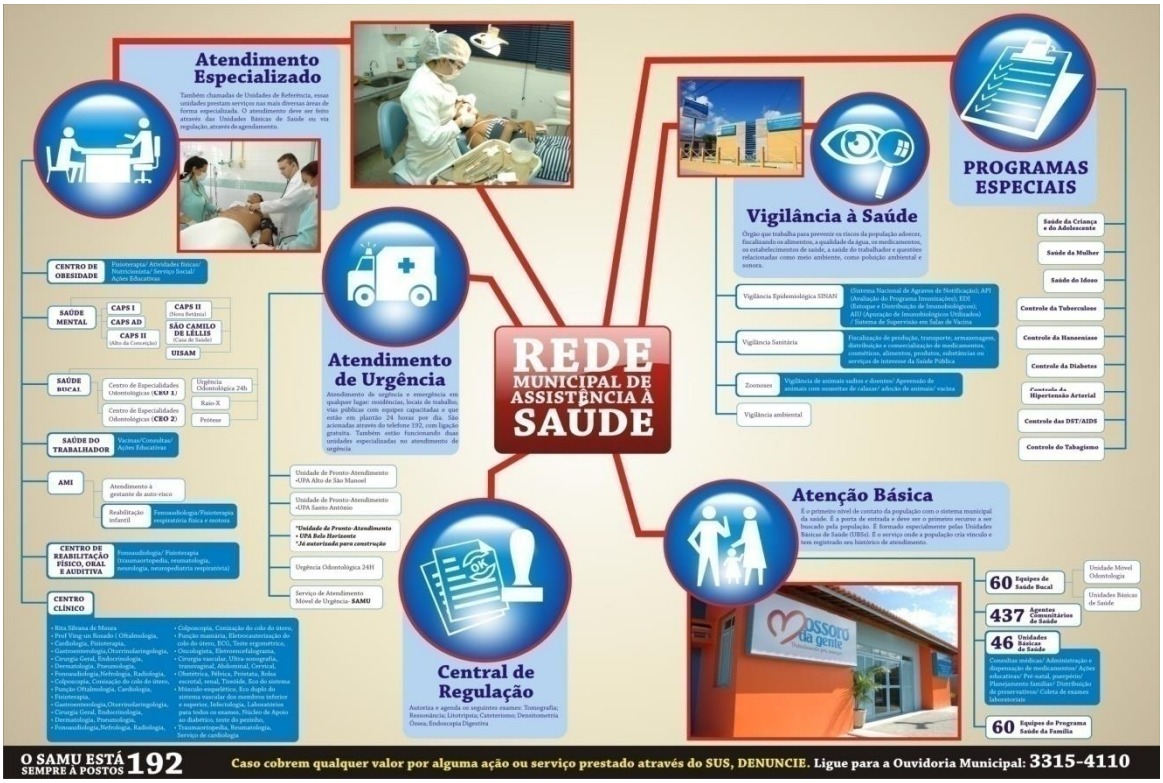

Figura 2: Organização rede de Saúde de Mossoró
Fonte: Prefeitura Municipal de Mossoró 2010

Segundo a Vigilância Epidemiológica do município, de dezembro (2012), apesar da extensa rede de Atenção Básica e alguns incentivos e investimentos para a mesma, os resultados continuam aquém do esperado, com exemplo os altos índices de mortalidade materna (80 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos) e infantil (em torno de 16,88 para 1000 nascidos vivos) que apesar de terem melhorado ainda perpetuam-se acima da média nacional (68 e 15).

Vale também salientar a existência de instâncias participativas como o Conselho Municipal de Saúde que se reúne mensalmente e da existência de alguns Conselhos Locais de Saúde, embora a participação social ainda seja incipiente.

A escolha por este município ocorreu pelo fato da pesquisadora residir e trabalhar há mais de dez anos no mesmo, o que facilitou o desenvolvimento da pesquisa. Apesar disto, os problemas existentes traduzem-se para outras realidades brasileiras, bem como as questões de pesquisa.

Em relação ao local para o desenvolvimento da pesquisa foram escolhidas duas Unidades Básicas de Saúde que funcionam no modelo da ESF. As duas unidades pertencem a uma mesma região geográfica que é conhecida no município por ter unidades vinculadas ao

ensino, com equipes de profissionais capacitados e com cobertura populacional adequada dentro das diretrizes do Ministério da Saúde (de 2400 a 4000 habitantes) na época da realização da pesquisa. A infra-estrutura das unidades é pequena, porém adequada a cobertura populacional, abrangendo de uma a duas equipes de saúde.

A escolha destas unidades teve como critério o fato das mesmas preencherem os requisitos da Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011/Ministério da Saúde (que atualiza a PNAB) no que diz respeito a composição das equipes de ESF e sua cobertura. Isto visaria minimizar os ruídos que podem interferir nas questões relacionadas à humanização por falhas no funcionamento da ESF, equipes incompletas, profissionais não qualificados, dentre outros. São equipes que, a princípio, funcionam em consonância com as diretrizes ministeriais. A pesquisadora também possui acesso às referidas unidades e já trabalhou com as populações em questão, o que facilitou a comunicação com a mesma e a aplicação da metodologia proposta.

Apesar de se situarem em uma mesma região geográfica existem contrastes entre a população atendida segundo diferenças marcantes no perfil sócio econômico e de suas vulnerabilidades, propiciando assim correlacionar às percepções encontradas com estes diferentes perfis.

Figura 3: Territorialização de uma das UBS
Fonte: Arquivo Pessoal

A Unidade que aqui chamarei de 1 funciona com o modelo da ESF desde 2005, com uma equipe completa desde então. O perfil da população atendida se constitui de moradores

antigos do bairro, com um melhor poder aquisitivo se comparada à outra área. Tem uma cobertura voltada para 3330 pessoas com um percentual significativo de idosos (11%).

A outra equipe atua desde 2005 na Unidade que chamarei de 2. A área de abrangência é muito carente e com uma série de problemas sociais e população de alta vulnerabilidade, constituída por 2400 pessoas.

3.2 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foi utilizada uma técnica idealizada por Martins (2009) denominada de a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES). Trata-se de uma metodologia de base qualitativa pedagógica e investigativa, que busca resgatar a simbologia das práticas sociais articuladas em sistemas sobrepostos que articulam as regiões da afetividade, da moral, do direito e da co-responsabilidade da esfera pública.

Apesar de se denominar uma Metodologia de ñanáliseò ela busca induzir a desconstrução de valores e conceitos prévios possibilitando uma reconstrução e avaliação de conflitos presentes na cena cotidiana, estimulando a participação do sujeito da pesquisa, no caso os usuários, no processo de discussão.

Martins (2008) chama atenção para o fato da técnica da MARES não se limitar apenas a uma dimensão investigativa, mas incorporar também uma dimensão pedagógica, uma vez que permite a ocorrência de reflexões e circuitos de confiança e solidariedade. Além de possibilitar um exercício de desconstrução/reconstrução das percepções sobre o tema a ser abordado.

A MARES utiliza de duas etapas complementares para facilitar o conhecimento dos critérios pelos quais os usuários constroem suas redes, itinerários e trajetórias no Sistema de Saúde. A primeira é intitulada por Martins (2009) ñMapeando as redes de crenças e horizontes na saúdeò; a segunda, ñMapeando as redes de conflitos e mediações da pessoa.ò

Na primeira etapa o objetivo é aprender as representações conscientes ou significações práticas, mesmo que inconscientes, que os usuários tem sobre os condicionantes macro e microssociológicos responsáveis pela produção de seu bem-estar.

A operacionalização da MARES contou com a formação de grupos focais de usuários (um em cada unidade) com os seguintes critérios de inclusão: ser cadastrados na Unidade Básica de Saúde da pesquisa; ter idade mínima de 18 anos; assumir algum tipo de representatividade na comunidade, formalizada ou não, no momento da pesquisa (ñlideranças locaisò, geralmente formadoras de opinião); aceitar participar da pesquisa. A participação se

deu a partir de convites através dos componentes da equipe local que pelo tempo de atuação já conhecia estas lideranças. Foram excluídos os que não preencherem estes critérios ou não queiram participar da pesquisa.

Os grupos focais aconteceram em uma única data em cada unidade, tendo 9 participantes na UBS 1 e 10 na UBS 2, além de um observador em cada grupo que auxiliou a pesquisadora.

O observador em questão foi uma médica residente de Medicina de Família e Comunidade que não possuía vínculo com os usuários, para que não houvesse constrangimento dos mesmos quanto a suas falas. O observador teve como papel auxiliar a pesquisadora nas gravações, operacionalização da metodologia e captar expressões que fossem relevantes durante as falas dos usuários.

Um grupo focal segundo Powell e Single (1996, p. 449) é ñum conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é o objeto de pesquisa, a partir de suas experiências pessoaisò. As trocas existentes no processo de realização do grupo permitem ao pesquisador analisar opiniões, crenças, valores e relações estabelecidas. A MARES seguindo um roteiro previamente definido[1] foi utilizado para auxiliar o processo de discussão e antes foi aplicado um questionário[2] para obtenção do perfil dos participantes.

As etapas que compõe a técnica foram trabalhadas de forma direcionada aos objetivos da pesquisa. Neste trabalho e a primeira fase foi trabalhada direcionando-se as discussões na perspectiva da humanização na produção do cuidado em saúde de maneira geral. Depois discutidas relacionando as percepções encontradas com as práticas diárias na produção do cuidado em saúde no cotidiano dos usuários, dentro dos serviços de saúde que frequentam.

Para tal, usou-se cartas, como as de baralho, confeccionadas em cartolina pela autora. Estas cartas continham temas que poderiam dar um início as discussões e expressão dos usuários participantes dos grupos focais.

As cartas continham uma palavra em cada e poderiam ser escolhidas pelos participantes. Foi solicitado ao grupo que apontasse os principais determinantes macrossociológicos relacionados à humanização, o que é ñser humanoò. Os participantes

[1] Ver Apêndice A

[2] Ver Apêndice B

foram estimulados a refletirem sobre seus condicionantes através de perguntas colocadas pela pesquisadora seguindo o roteiro já citado.

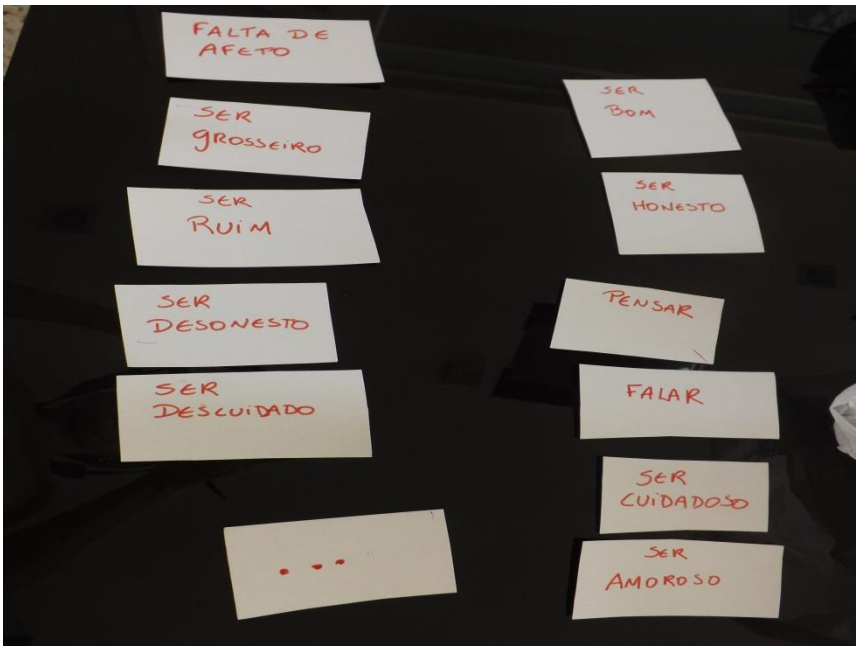

Figura 4: Algumas cartas confeccionada para auxílio à primeira etapa da MARES
Fonte: Arquivo Pessoal

Nesta primeira etapa as cartas continham as palavras: falar, pensar, ser bom, afeto, cuidado, gentileza, amor, honestidade, e ainda uma carta em branco caso houvesse a necessidade de se apontar algo que não estava ali.

Dando continuidade a esta etapa partiu-se para uma discussão mais direcionada ao tema da humanização nas práticas de saúde no cotidiano destes usuários. A discussão seguiu novamente o roteiro citado, sobre o que os usuários consideravam práticas humanizadas e não humanizadas na produção do cuidado em saúde no cotidiano destes usuários. Foram utilizadas para estimular à fala nesta parte as cartas com os seguintes dizeres: escuta, integral, gentil, responsável, em equipe, atenciosa, resolutivo, que não resolve, sem atenção, sem afeto, grosseiro, que não escuta, demorado, sem vínculo; cartas sobre os serviços das UBS como consultas, encaminhamentos, grupos, vacinas, curativos, marcação exames, entrega medicações, recepção, acolhimento, e ainda uma carta em branco como na etapa anterior.

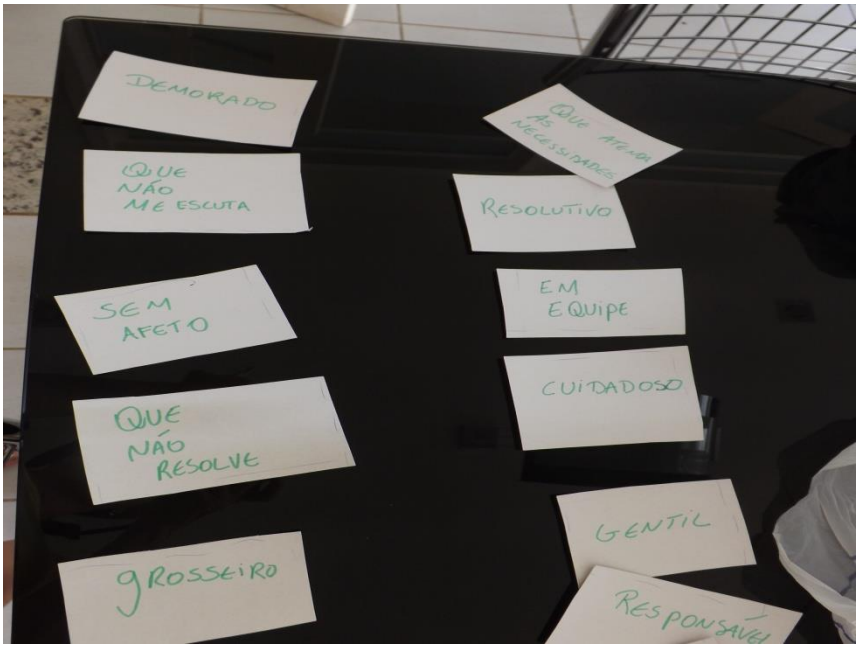

Figura 5: Algumas cartas confeccionadas para discutir sobre práticas humanizadas na produção do cuidado no cotidiano da UBS
Fonte: Arquivo Pessoal

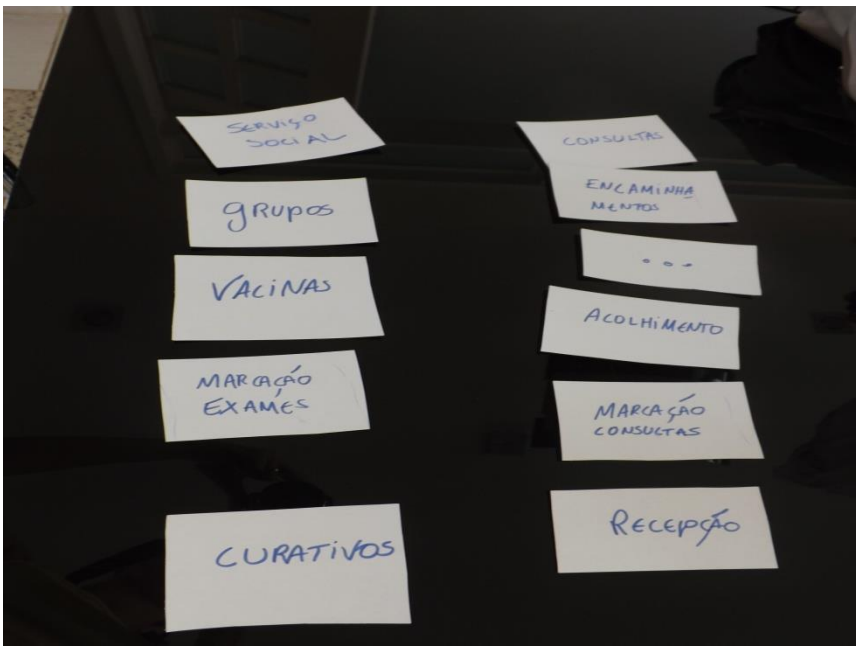

Figura 6: Algumas cartas confeccionadas para discutir sobre práticas humanizadas na produção do cuidado no cotidiano da UBS
Fonte: Arquivo Pessoal

Na segunda etapa da MARES, ñMapeando as redes de conflitos e mediações da pessoaò, baseada na desconstrução do grupo sobre o que seria a humanização do cuidado em saúde, foi realizado o *mapa do self*. O mapa é uma proposição, por parte dos participantes, de

problemas identificados em relação ao tema em questão em sua vivência diária dentro da Unidade Básica de Saúde que frequentam.

O objetivo desta etapa é detectar os problemas gerais que afligem os usuários no seu cotidiano imediato(MARTINS,2009). Nesta pesquisa foram buscados problemas relacionados à praticas humanizadas na produção do cuidado em saúde dentro do cotidiano destes usuários. Além disto, esta etapa se propõe a entender como os usuários vêm enfrentando os problemas e a quem ou a que recorrem para mediar os conflitos propostos.

Nesta fase busca-se entender os contextos de conflitos que inibem ou facilitam a construção do s*elf* individual e comunitário. Primeiramente se identificaram os problemas e posteriormente foram discutidas soluções, sendo feita então a tentativa de identificar mediadores para atuarem de forma a tentar alcançá-las. Esta fase atendeu ao terceiro objetivo da pesquisa relacionado à identificação das dificuldades e potencialidades existentes para a produção do cuidado na perspectiva da humanização, correlacionando os problemas encontrados com as percepções das etapas anteriores. Todas as etapas foram gravadas em aparelho digital de MP3.

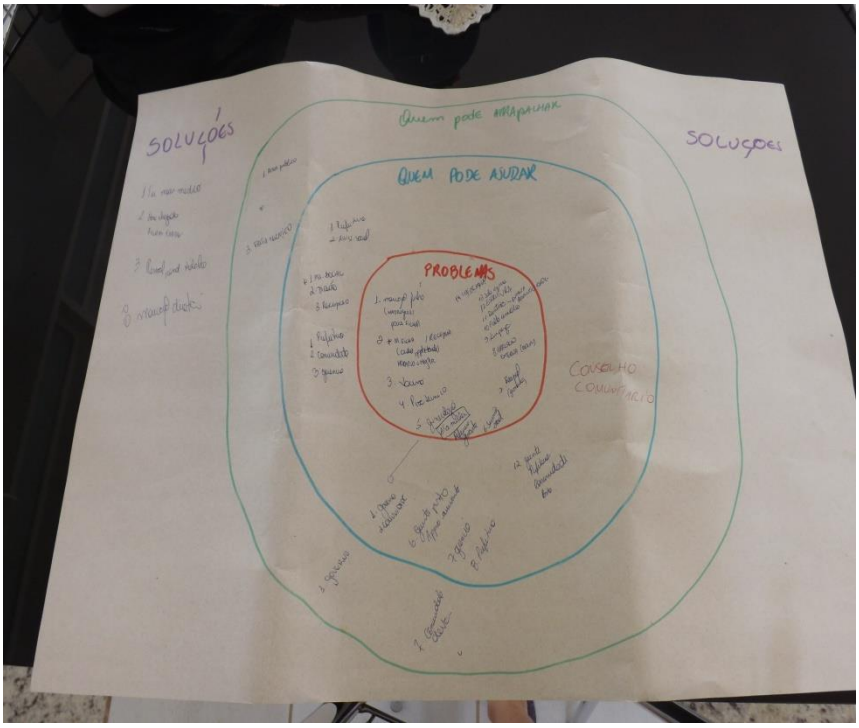

Figura 7: Mapa do self construído por usuários de um das UBS
Fonte: Arquivo Pessoal

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

As falas foram transcritas e analisadas a luz da técnica de análise temática do conteúdo proposta por Minayo, incluindo três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (MINAYO, 2010). Lembro que este é um recorte da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1979). A Análise do Conteúdo é definida por Bardin (1979) como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo de mensagens,indicadores que permitam conhecimentos relativos às condições de produção e recebimento destas mensagens.

A noção de *tema* está ligada a uma afirmação sobre determinado assunto (MINAYO,2010). A análise temática do conteúdo consiste em descobrir os núcleos de sentido que compões uma comunicação, cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objeto analisado.

Na pré-análise foi feita leitura do material empírico e sua exploração. No tratamento dos dados foram identificados os núcleos de sentido, cuja presença ou frequência tiveram significâncias para o objeto analítico visado, determinando as categorias de análise e realizando a sua interpretação, com inferências articuladas a experiência da pesquisadora e aos referenciais teóricos.

Diante disso, o trabalho de campo se apresentou como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo (CRUZ NETO, 1994).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

No que diz respeito aos aspectos éticos, a pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466/12 do Conselho nacional de saúde referente à pesquisa com seres humanos, que contempla os princípios basilares da bioética: autonomia, beneficência, não maleficiência e justiça.

Os participantes foram identificados com crachás com nomes de fruta (associado ao número 1 e 2 de acordo com a UBS em questão) para manter os dados em sigilo e facilitar a transcrição das falas pela pesquisadora. A opção de escolha de codinomes ligados a frutas

vem da importância da fruticultura na economia local e de alguns destes usuários nas áreas de abrangências das UBS já terem trabalhado na mesma, identificando-se assim com a escolha dos codinomes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes da UFRN sob CAAE 1677061.3.00005292. Todos os participantes foram orientados sobre a natureza da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido[3] antes do inicio do grupo focal onde foi aplicada a técnica da MARES.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A MARES nos proporcionou trabalhar com a desconstrução/reconstrução da temática da humanização da saúde junto às lideranças comunitárias do território das ESFs que foram utilizadas como campo desta pesquisa. Em um primeiro momento, pudemos perceber o sentido dos termos humanização/humano/humanizado para estas pessoas e posteriormente a associação destes sentidos com a questão das práticas humanizadas e não humanizadas na produção do cuidado em da saúde.

Em um segundo momento de construção a que se propõe a metodologia, pudemos entender como estas percepções estão presentes no cotidiano destes usuários e os problemas e potencialidades por eles encontrados no que se refere a um atendimento humanizado em saúde.

Do total de participantes dos grupos focais para aplicação da MARES (dezenove lideranças comunitárias, nove em uma UBS e dez na outra) a maior parte eram mulheres (dezessete),conforme o gráfico à seguir, o que vem de encontro a mapeamentos que mostram as mulheres como maior parte de usuárias do SUS, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde.

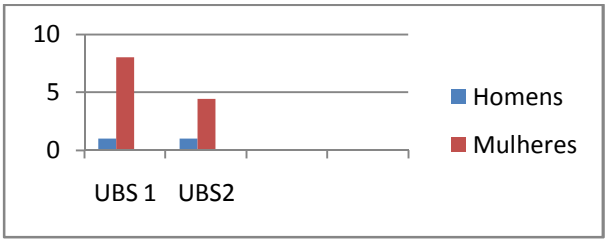

Figura 8:Gráfico do Perfil dos usuários participantes divididos por sexo.

[3] Ver Apêndice C

A média etária dos participantes foi de quarenta e sete anos. No perfil sócio econômico, quanto à escolaridade, podemos ver no gráfico à seguir que uma era analfabeta, sete tinham o primeiro grau incompleto, seis o primeiro grau completo, quatro o segundo grau completo e uma pessoa tinha nível superior. Ressalto aqui que as menores escolaridades foram da UBS 2, enquanto que a maior escolaridade foi da UBS 1.

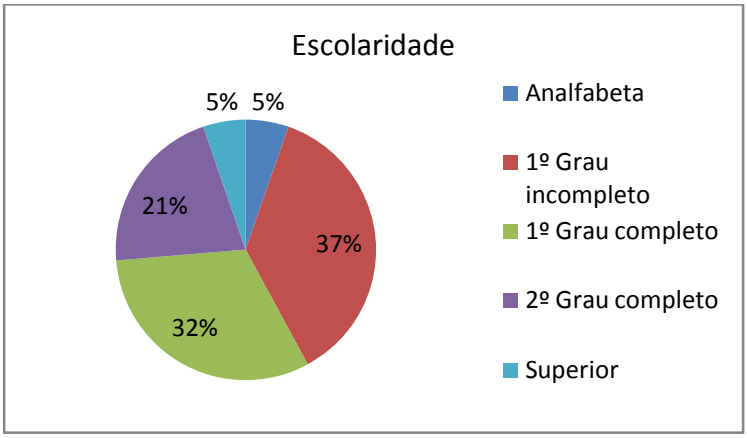

Figura 9: Gráfico da Escolaridade geral dos participantes.

No entanto, no que se refere à renda familiar, como vemos à seguir,a grande maioria situava-se na faixa de 1-2 salários mínimos em ambas as unidades (quinze pessoas no total). Três pessoas tiveram renda menor que um salário. Somente uma não soube precisar a renda familiar.

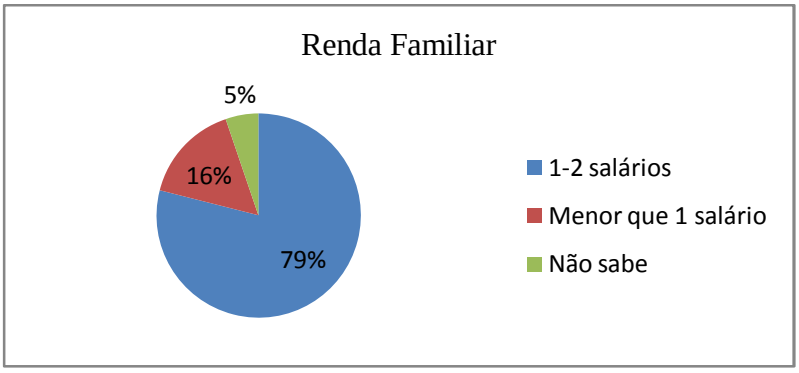

Figura 10: Gráfico da Média da renda familiar dos participantes.

Quanto à função laborativa, três consideravam-se donas de casa, sete aposentados, sete autônomos (destes dois desempregados no momento) e na UBS 2 duas pessoas referiram viver da renda da Bolsa Família.

Em resposta ao questionário aplicado quanto à utilização dos serviços de saúde da UBS e participação em atividades da comunidade, podemos ver no gráfico a seguir que quatorze pessoas referiram conhecer bem os serviços da unidade e utilizá-los, cinco disseram conhecer e utilizar pouco do serviço. Nenhuma pessoa disse desconhecer ou não utilizar os serviços das UBS.

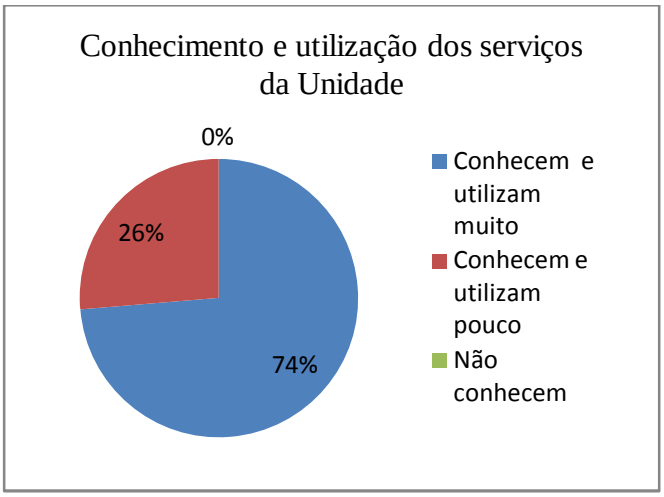

Figura 11: Gráfico Conhecimento e utilização dos serviços da UBS.

Quatorze pessoas (sete de cada Unidade) disseram não participar de nenhum grupo educativo na unidade, porém na UBS 2 todas participavam de grupos comunitários (entre igreja, escolas e outros serviços locais). Na UBS 1 somente cinco pessoas participavam de grupos (na maioria de igrejas) e quatro apenas auxiliavam em ações comunitárias mas sem participação formal em grupos.

No primeiro momento de aplicação da MARES foram discutidas as percepções dos usuários sobre o conceito de ñ ser humano e desumanoò , quais elementos bons e ruins para esta ñhumanidadeò e estes referenciais trazidos para se caracterizar ,na opinião destas lideranças, as práticas humanizadas e não humanizadas na produção do cuidado em saúde. Segundo Ayres (2004) a desconstruções de crenças e referenciais pode contribuir para a reconstrução de práticas cotidianas na produção do cuidado em saúde.

No segundo momento, discutiremos o que foi levantado pelos grupos sobre as dificuldades e potencialidades na produção do cuidado em saúde na perspectiva da humanização.

4.1 PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE HUMANIZAÇÃO

O conceito do que é ser humano e desumano relacionado à produção do cuidado em saúde tem uma multiplicidade de entendimento pelos usuários da ESF. Porém as falas convergem para algumas categorias comuns. Em ambas as unidades os núcleos de sentidos foram muito semelhantes. As falas dos usuários sobre humanização em seus cotidianos ligam-se inicialmente as relações consideradas de afeto ao cuidar (metade dos usuários citou o afeto enquanto característica do cuidado humanizado), e a desumanização com a ausência do mesmo (para 4 dos 18 usuários).

Explicado mais detalhadamente pelo grupo o conceito de afeto tem consonância com o posicionamento Ayres(2004) (apud MARTINS,2011, p.11) : ñA afetividade não como uma dimensão substantiva, mas como motivação de uma ação social que tem sinais diversos dependendo do modo como a ator age reflexivamente sobre a memória de sua práticaò. Quando se fala do afeto, a percepção está relacionada à preocupação com o outro e o cuidado por ele, não apenas em afeto como tradução de amor ou sentimentalismo, apesar de ser relacionado com ñcarinho pelo próximoò e com o conceito de bondade.

Ayres (2011) ainda entende o afeto enquanto a ñcondição mais sublimeò de nossa humanidade, pois seria uma forma de sociabilidade que prescinde de vínculos sociais estáveis, tais como os familiares ou amorosos.

Esta percepção vai de encontro ao que Martins (2009) coloca em suas pesquisas produzidas pelo LAPPIS, que o reconhecimento da presença do outro, quer como aceitação afetiva, quer como respeito a direitos é fundamental para que qualquer ação em saúde seja validada como cuidado.

Algumas falas registradas atestam o afeto como categoria presente no sentido expresso sobre humanização:

> ñEu acho que o ser humano ele tem que ter cuidado. Cuidado com as pessoas, com os outros.ò (BANANA 1)

> ñAcho que as pessoas têm que ter carinho ao tratar com outras pessoas. Esta forma de carinho é afeto, faz parte da humanidade de cada um.ò (ABACAXI 1)

> ñAcho que o afeto é na verdade, uma forma de se demonstrar amor. Cuidado, zelo e carinho, principalmente com uma pessoa doente. Por exemplo, eu sou cadeirante e necessito de cuidados. Não só carinho, mas cuidado: quem me de remédio na hora certa, de banho Isto é, me dando o básico. Mas as vezes eu preciso de alguém para conversar, contar notícias, por exemplo, como vai meu vizinho, a comunidade, um parente.ò (ABACAXI 1)

> ñÉ ser cuidadoso, afetuoso. Porque ser cuidadoso é muito importante. Quando a gente chega num canto em que é cuidado, bem tratado, não importa o resultado daquele momento. Se não deu certo, mas você foi bem recebido, cuidado, você se sente aliviado, porque você foi bem atendida.ò (MANGA 1)

> ñEntão muitas vezes eu ligo aqui para o posto para saber alguma coisa e muitas vezes não há uma pessoa que possa me dizer, falar direito comigo. Dizem, ñvocê tem que vir aquiò. Eu acho isto uma super estupidez, você não pode ser grosseira. Ali é o canto que se precisa de mais afetividade, mais amor, de uma fala íntegra e entendimento sobre a minha situação... (Irmão esquizofrênico)ò (MAÇÃ VERDE1).

Chamo aqui a atenção, pois segundo alguns autores, a PNH toma como referencia de humanização não o ñbomò homem:

> ñPolítica de Humanização toma por humano não uma referência idealizada do ñbom homemò, senão o homem real encarnado em práticas sociais concretas. Isto informa que a humanização da saúde não se faz por uma atitude de prescrição moral para lidar com a complexidade e o paradoxo humanos, numa ação décima para baixo, de maneira extrínseca ou heteronômica de fora do sujeito e de suas relações.Não se deseja a ñcaçaò àquilo que poderia ser adjetivado de ñmau no humanoò, como a intolerância,os narcisismos, o egoísmo, o desejo de captura do outro, etc., características que também se constroem e comparecem na experiência humana como efeito de condições sócio históricas dadas.ò (PASCHE E PASSOS, 2011, p. 4544).

Ainda segundo Ayres (2004), quando se pensa em cuidado em saúde, pensa-se em um conjunto de práticas e procedimentos técnicos que levam ao êxito algum tratamento. Mas quando os usuários aqui referem-se ao cuidado e afeto estão direcionando este conceito a uma dimensão ampliada da palavra cuidado, como percebemos nas falas:

> ñUma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.ò (AYRES, 2004, p. 74).

Um segundo núcleo de sentido encontrado refere-se à identificação com o ñoutroò, a categoria da reciprocidade. O cuidado atrelado à medicina na era do Capitalismo, ligada somente ao capital e produção do trabalho, pode ser entendido apenas como o bom funcionamento do corpo e seus sistemas, tornando-se o indivíduo então apenas o objeto a ser cuidado e tendo sua funcionalidade mantida com fins produtivos. Mas se ampliarmos a visão e fugirmos desta esfera objetiva, o cuidado torna-se espaço de trocas entre sujeitos e nos levam a uma dimensão social e de solidariedade (AYRES, 2004), nos remetendo então a Tríade da dádiva: o dar, receber e retribuir. A importância da vida supera a normatividade, mostrando que este relacionamento entre profissionais e usuários é o que realmente importa (MARTINS, 2011).

Reconhecer o outro no que o diferencia de mim (alteridade), tanto no que o faz igual a mim cria uma interdependência entre o reconhecimento, a justiça e a responsabilidade. O afeto teria então uma ligação com a dádiva da justiça. Podemos ver este sentido da reciprocidade e alteridade, como citados por Martins (2011), presentes em várias falas. Neste sentido também lembremos que os circuitos de troca, como proposto na Teoria da Dádiva, podem ter sinal negativo, inibindo as trocas, sendo estas a circulação de bens que fortalecem ou enfraquecem o vínculo.

A gentileza e grosseria também relacionam-se com as falas de humanização e de desumanização,mas na maior parte das vezes relaciona-se a gentileza ao fato de ñse colocar no lugar do outroò, entender o problema e definir prioridades e direcionamento para situações especiais (seis usuários citam gentileza e solidariedade como cuidado humanizado), enquadrando-se então nesta segunda categoria encontrada como núcleo de sentido,o do reconhecimento do outro, da solidariedade, enquanto que o individualismo/egoísmo (citado pó 12 usuários) surge como a ñdesumanizaçãoò na produção do cuidado, como podemos constatar nas falas a seguir:

> ñPara mim é muito importante saber zelar, saber receber, saber dar e receber. Porque muitas vezes a gente chega com uma necessidade imensa que não é

por causa só da doença. É o espiritual, o ser da pessoa que está carente... Então onde você encontra uma pessoa cuidadosa,onde você vem buscar ajuda, e você é bem tratado,bem recebido,sem brigar e nem lutar para você ser bem atendido, isto vale a pena, vale muito.ò (MANGA2).

ñDesumano são aquelas pessoas que não vêem com bons olhos os problemas dos outro. Grosseiros, não atende bem vezes a gente tá no direito da gente e o outro trata a gente mal. Recebe a gente com grosseria, não entende nosso problema, não ajuda o próximo.ò (MAÇÃ 2).

ñSer ruim é não se preocupar com os outros, com os problemas da pessoa, da comunidade, viver só para si. Viver em uma comunidade que tem problemas, têm pessoas que precisam de ajuda e não ajudar, viver trancado dentro de casa só para si próprio, é uma pessoa ruim, desumana.ò (MANGA2).

ñA gente tem que fazer nossa parte mesmo que o outro não melhore, não agradeça. A gente nasce para fazer o bem. A gente fazendo nossa parte, faz bem para gente mesmo, tudo volta.ò (CAJU2).

ñInfelizmente tem isto. Eu acho que ser humano é cuidar das pessoas que precisam, que passam dificuldade. E a pessoa quando faz uma coisa que te magoa, você retribuir isto ,jamais! Você não deve fazer isto. Eu acho que a gente tem que perdoar, né? Fazer sempre pelo outro, fazer em dobro para cada pessoa. Ser desumano é assim, quando a pessoa não se importa com... como é que se diz? Não se importa com um pai, um filho. Não ajuda em uma dificuldade, não chega junto ,não se importa. Mesmo com um vizinho. Não ter solidariedadeò (MAMÃO1).

ñA gente chega e a gente quer que as pessoas atendam bem a gente. A gente fala bem com a pessoa e só leva, a bem dizer desaforo. Chega ,conversa,pede uma informação; e a pessoa logo de cara vem com estresse, desconta na pessoa. E aí a gente de cabeça quente acaba discutindo, vira um desmantelo, com raiva um do outro... Gera mais violência.ò (UVA 1)

A maneira como profissionais e usuários interage neste circuito de trocas e identificações, a maneira como o profissional ñreconheceò os usuários, parece determinar esta percepção de humanização da saúde.

Nesta perspectiva os valores sociais e de vínculo podem ser mais valorizados que os valores técnicos. Mesmo que um atendimento não seja resolutivo, nesta perspectiva, se ele for pautado pelo vínculo, confiança e responsabilização, pode ser considerado humanizado. Encontramos então o terceiro núcleo de sentido presente nas falas, e também condizente com a PNH, a de que o cuidado humanizado está relacionado à responsabilização e vínculo, que nas falas são expressos pelo termo ou categoria ñhonestidadeò. Este vínculo é construído a partir da confiança que se estabelece entre equipe de saúde e usuários.

Aqui a honestidade liga-se a conceitos como respeito, e confiança que parecem ser estabelecidos através de vínculo e do respeito dos direitos dos usuários enquanto cidadãos (percepções presentes nas falas de 8 usuários). Favorecimentos e, novamente, a questão do individualismo e falta de empatia, aparecem enquanto barreira na qualificação do cuidado. As falas a seguir, representam bem esta análise:

> ñEscolho ser honesto. Isto faz parte da vida, de cada pessoa. Tem que ter honestidade, respeito, caráter. Tem que ter tudo isto para viver em uma comunidade. Pessoas que trabalham em um serviço de saúde têm que ser muito honestas com as pessoas carentes que precisam do serviço. Tem que passar informações corretas, para onde a pessoa deve ir. Honestidade é tudo. Ser desumano é ser descuidado e desonesto. Aquele que você não pode confiar, passa informações erradas, pensa em seus interesses, passa a perna nas pessoas. Querendo ter sempre vantagem em alguma coisa.ò (ABACAXI 2).

> ñO desumano é falta de respeito, falta também a responsabilidade, honestidade.ò (MAÇÃ 2).

> ñNo meu modo de pensar, minha opinião, quanto a saúde de um modo geral está desumanizada pela falta de compromisso.ò (MELANCIA 2).

> ñDesonesto é ser desumano no cuidado. Porque as pessoas confundem, pensam que ser desonesto é só roubar. Desonesto não é só isto. É falta de caráter, falta de ser responsável na sua profissão, de saber acolher, de saber atender.ò (MANGA 1).
>
> ñA honestidade é confiança.ò (ABACAXI 1).
>
> ñA recepção é desumanizada. Eu não falo com uma das pessoas. Enjoada, não ajuda a gente, marca por amizade.ò (BANANA2).

Retomando a discussão da Clínica Ampliada presente na PNH, como a forma da prática clínica a ser buscada para atingir um cuidado integral é imprescindível para que se faça esta forma de clínica à questão do vínculo entre usuários, famílias e comunidades. Se levarmos em conta as discussões já propostas em torno da Teoria da Dádiva, e de como este sistema de trocas interfere diretamente nas relações entre usuários, comunidade e equipe de saúde, a maneira como se estabelecem estes circuitos de troca afeta diretamente a questão do estabelecimento do vínculo. A clínica da maneira a que se propõe na PNH só é possível quando entendidos e respeitados os anseios e desejos dos sujeitos.

O respeito pelo usuário enquanto cidadão, e como aparecem nas falas, à honestidade e clareza destas relações, são fundamentais para o exercício de uma forma de cuidar voltada para as demandas e necessidades da comunidade. O usuário só estabelecerá relações de vínculo com as equipes de saúde quando sentirem que esta equipe se responsabiliza por eles e está pronta a lhes dar algum retorno. Do lado dos profissionais o vínculo se estabeleceria com o quanto a responsabilidade do cuidado daquelas pessoas os afeta (HUMANIZASUS NA ATENÇÃO BÁSICA, 2009).

Vários dos princípios da PNH estão relacionados a esta construção do vínculo, que também tem em sua base o afeto e as trocas que se estabelecem o que propiciaria o cuidado humanizado. As bases de confiança estabelecidas também favoreceram ao usuário a ser partícipe no processo de cuidar, sendo um co-autor de todo este processo.

Vemos que então que o que se vê na PNH, quanto à humanização da saúde, dialogando com a Teoria da Dádiva, assemelham-se as percepções trazidas pelos usuários destas duas Unidades de ESF. Apresento a seguir um quadro resumindo os núcleos de sentido encontrados na categoria que diz respeito ao que é ser humano na produção do cuidado em saúde:

CATEGORIA: HUMANO E DESUMANO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE
NÚCLEOS DE SENTIDO:
1)AFETO
2)SOLIDARIEDADE E EMPATIA
3) HONESTIDADE(confiança,responsabilização e vínculo)

Quadro 1: Núcleos de sentido relacionados à percepção do usuário quanto a humanização na produção do cuidado em saúde.

Fonte: Arquivo Pessoal.

4.2 PRÁTICAS HUMANIZADAS E NÃO HUMANIZADAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Passando dos indicadores macrossociológicos para os microssociológicos, encontramos o que se percebe enquanto práticas humanizadas e não humanizadas na produção do cuidado em saúde no cotidiano dos territórios da ESF.

Os núcleos de sentido encontrado foram novamente iguais, as diferenças foram na interpretação do que funcionava bem ou não em cada unidade relacionado ao aspecto de práticas humanizadas ou não, quais figuras eram responsabilizadas por este bom ou mau funcionamento e assim por diante. Este fato deveu-se as particularidades de cada território e foram discutidos no texto e à luz dos quadros de dificuldades e potencialidades das duas UBS. Além do que foi citado anteriormente nos indicadores macrossociológicos, que se repetiram no micro (vínculo, respeito, responsabilização), apareceram novos elementos nesta esfera do micro que foram mais expressivos das práticas diárias nas unidades.

Nesta segunda etapa, a das práticas de cuidado cotidianas na ESF que estes usuários frequentam, o primeiro núcleo de sentido é o do relacionamento entre usuários e equipe. Este relacionamento deve, segundo os usuários, ser baseado na confiança e responsabilização, que resulta em vínculo, o que facilita as demais práticas para um cuidado humanizado. A responsabilização também foi citada como sendo importante para um cuidado integral, quando a equipe de saúde se responsabiliza pelo acompanhamento dos usuários que estão adscritos à UBS:

> ñEu acho que o atendimento em saúde tem que ter mais responsabilidade, de uma forma geral e aqui no posto também. Acho que aqui tem pessoas

> responsáveis, que cumprem seu trabalho e horários. E tem também pessoas irresponsáveis para com a gente. Leva para o lado pessoal, trata a gente mal porque tem um problema. E eu, também não estou com um problema? Não se responsabilizam pela gente, em resolver nossa situaçãoò. (MORANGO1).
>
> ñDeixam morrer ali, sem olhar, sem ouvir. Falta também a responsabilidade em alguns locais.ò (MAÇÃ2).
>
> ñOs agentes de saúde, nós somos bem servidos. A gente confia mais neles do que em outros profissionais. Moram na comunidade. Eles fazem a ponte entre a gente e o posto, na paz, sensível, com paciência, sem intriga.ò (MANGA2).
>
> ñQuando o... (ACS) está de férias nem dá gosto de vir ao posto, a gente não se sente tão ouvido e representado.Quando ele está aqui eu confio que ele vai resolver a situação.ò (CAJU 2).
>
> ñMinha ACS não me diz nada, acho que mal vem ao posto, só fala coisa errada e mal vai lá em casa, não confio nas informações.ò (MANGA 1).

A figura do Agente de Saúde enquanto alguém próximo à comunidade deve ser ressaltada aqui. O trabalho da APS com o conceito de território e comunidade não é uma constante na APS ao redor do mundo. Apesar de sistemas bem estruturados sobre a APS em alguns países como Canadá, Espanha e França, nenhum destes países trabalha com uma proximidade tão grande de uma clientela a descrita como no Brasil (CUNHA, 2005). Segundo dados The European Observatory of Health Care Systems (2006) e dados da WONCA e da OMS, o Brasil é o único país que apresenta a figura do Agente de Saúde tal qual proposta na PNAB quanto suas atribuições e proximidade da comunidade atendida.

O vínculo de confiança com os ACS parece ser referido pela população como mais forte, misturando-se a figura do ACS enquanto profissional de saúde, mas também usuário da mesma área. Por outro lado, quando as trocas interpessoais não são tão efetivas entre comunidade e ACS, parece haver uma diminuição do diálogo entre comunidade e equipe de saúde. Neste item vimos diferenças nos sistemas de relacionamento entre comunidade ï ACS, que parece ser bem mais eficiente na UBS 2, onde a tradição de participação dos usuários enquanto cidadãos conhecedores de seus direitos é mais efetiva. Em outros núcleos de sentido

que citarei mais adiante, a figura do ACS volta a aparecer com um elo de comunicação e relacionamento entre comunidade e equipe de saúde.

Retomo aqui a discussão sobre as redes sociais formadas em cada comunidade e a importância da centralidade do usuário na análise da demanda por cuidado em cada território. Quem de fatos são estes usuários e o entendimento de como se dão os processos de trocas dentro do circuito da dádiva seriam importantes para um bom relacionamento e o estabelecimento de vínculo mais efetivo com a comunidade.

Martins (2011) propõe que se considerarmos os usuários na perspectiva das redes interativas poderemos identificar mais facilmente os mediadores que favoreceriam com que as ações de saúde se tornassem realmente solidárias dentro da comunidade. As redes de apoio social e estes mediadores serviriam para minimizar o conflito entre a ação estatal e a ação de redes civis espontâneas (familiares, associações, amizades...).

Um segundo núcleo diz respeito à escuta do usuário e as respostas as demandas e necessidades dos sujeitos que aparece novamente nos indicadores microssociológicos. Podemos citar este núcleo como o acolhimento, tal qual proposto na PNH. Um acolhimento que deve ser realizado pela equipe como um todo e que se preocupa em ouvir o usuário e dar resposta às suas demandas e necessidades, sendo responsável e resolutivo dentro de suas possibilidades (BRASIL, 2003):

> ñA gente vem, ouve, explica a situação. Só falta chorar e a pessoa da recepção não resolve. Não pára para entender o que a gente precisaò. (MORANGO 1).

> ñHumanos são os agentes de saúde. Conversam, explicam, se preocupam em resolver nossos problemas. Fazem o trabalho deles, é obrigação. Mas a gente vê que eles fazem isto de maneira especial. A diferença deles para os outro é a atenção que eles nos dão, nos escutam para tentar resolver.ò (BANANA 2).

> ñHumanizado é um atendimento em equipe. Porque você chegar em um posto e ter uma equipe que é gentil da portaria ao médico,que ouve e sabe informar e resolver,e pode ser até indicando para outro serviço. É um atendimento integral, que não abandona a gente.ò (MANGA 2).

> ñFalta trabalho em equipe, tem uns funcionários que não sabem nada. É desumanoò. (MELANCIA 2).

> ñHumano é o atendimento médico. Escuta, atencioso, examina a gente, pergunta. Não é como estes outros médicos que mal olha a pessoa. Diferente da recepção.ò (ABACAXI 2).

> ñNo geral aqui eu sempre fui bem atendido. As pessoas sempre foram muito gentis, acho que eu sempre dei sorte. As pessoas aqui recebem bem, escutam e resolvem.ò (ABACAXI 1).

> ñPor isto é importante escutar, para saber cada situação antes de dizer um não. Por isto falei da escuta. Por exemplo, da assistente social que deveria escutar os pacientes. Digo assim porque onde trabalho a assistente social nunca fala com ninguém, é super agressiva, não ajuda ninguém. Só fica no birô dela.ò (MAÇÃ VERDE 1).

A escuta qualificada pode ser retomada à luz do circuito de trocas proposto por Mauss (2003), onde o acolhimento se dá através da dádiva do reconhecimento do usuário nos serviços, ampliando assim os espaços de escuta e o entendimento das necessidades de cada um. Novamente relembro aqui que os circuitos de trocas podem ser negativos, inibindo estes relacionamentos e a circulação da dádiva, como vemos nas falas de alguns usuários.

Vemos que neste núcleo referente ao acolhimento e escuta foi citado também o trabalho em equipe, tantas vezes proposto na PNH. Aparentemente quando a equipe funciona de maneira articulada consegue promover um espaço ampliado de escuta e troca de informações, sendo o contrário também citado. Este ponto reforça a questão de que a equipe como um todo, deve estar apta a colher, escutar e dar respostas ao usuário, sendo todos os atores responsáveis pela produção do cuidado em saúde. (BRASIL, 2003).

O trabalho em equipe soma saberes e traz maior resolutividade às demandas da população (PINHEIRO, 2011). Incluo também aqui a figura dos profissionais de atendimento geral da UBS, tais como recepcionistas e auxiliares de limpeza. Eles também são considerados parte da equipe de saúde. Em muitas falas o atendimento de médicos, enfermeiros, técnicos e dentistas são elogiados, enquanto que o atendimento por parte da recepção se mostra uma grande barreira no acolhimento, escuta, diálogo e estabelecimento de

confiança entre os usuários e equipe da UBS, podendo ser bastante danoso no estabelecimento do vínculo entre ambos.

O terceiro núcleo de sentido encontrado apresenta a comunicação e o diálogo enquanto indicadores de práticas humanizadas ou não na produção do cuidado em saúde. Este núcleo de sentido está muito interligado com o núcleo anterior, pois a escuta e o acolhimento está intimamente ligado à qualidade de comunicação e diálogo entre equipe e comunidade. A questão da comunicação e trabalho em equipe também se mostra essencial para que o fluxo de informação seja uniforme, não gerando confusão para os usuários. Esta mesma comunicação pode ser levada em conta quando falamos do usuário cidadão e partícipe nas ações que sedimentam seus direitos. Seria a importância dos espaços de diálogo propostos pela PNH (2003):

> ñPor exemplo, numa comunidade aquela pessoa que só tenta destruir a comunidade e não ajuda a construir. Como num posto como este, como elas falaram. Um posto ótimo se comparado com outros. Tem gente falando mal, mas não faz nada para melhorar, para ajudar. Fica só falando pelas costas, mas não trata em ajudar, fazer algo pelo posto, pela comunidade.ò (MELANCIA 2).

> ñEu acho desumano o jeito que o usuários as vezes, só porque não conseguiu algo, esculhamba a unidade, sem conversar com a equipeò. (MAÇÃ VERDE 1).

> ñNas reuniões do posto deveriam conversar com os agentes de saúde para trabalharem melhor, informarem melhor, trazerem também nossas dúvidas.ò (MANGA 1).

> ñEu gosto da minha agente, mas se ela me passasse melhor as informações eu não passaria por algumas coisas, tanta desinformação.ò (MAÇÃ VERDE 1).

> ñ...A gente muitas vezes não sabe a quem se dirigir...ò (MANGA 1).

Podemos aqui citar a dádiva da aliança (MARTINS, 2011), onde indivíduos associam-se espontaneamente para fundarem a vida social mediante o benefício dos presentes, dos

serviços e hospitalidades, da disposição para acolher, reconhecer e dignificar o outro. É nesta perspectiva que se pauta a PNH quando a mesma propõe que através do diálogo estabelecido entre gestão, profissionais e usuários se qualifique e humanize as ações em saúde dentro do SUS.

Os espaços para discussão e cogestão que são preconizados dentro da PNH como objetivos a serem alcançados são importantes para ampliarmos a escuta. Devemos ter cuidado para não reforçar as políticas assistencialistas que podem dentro do Estado do Bem Estar Social, reforçar a postura de sujeitos como vítima, tornando-o pouco apto a ser ativo nestes processos de produção do cuidado (MARTINS, 2011). O cuidado pode ganhar uma dimensão muito mais ampliada e social se as pessoas fossem mais valorizadas como seres humanos em si.

Na Unidade 1 a figura do ACS parece fragilizada em seu relacionamento com a comunidade, mostrando novamente a importância deste profissional no trabalho da equipe de saúde frente à comunidade.

O quarto núcleo de sentido levantado diz respeito ao acesso e funcionamento da rede de saúde, considerados essenciais para um cuidado integral. O acesso tem sido um grande nó crítico para o cuidado humanizado. Dentro da PNH, um dos objetivos/metas seria o de diminuir as filas e melhorar o acesso dos usuários. A PNH nos coloca que, somente abrindo espaços de diálogo e vendo as particularidades de cada território as equipes de saúde, em parceria com a comunidade, poderão ser traçadas estratégias de melhoria do acesso.

Segundo Starfield (2003), o acesso é uma das características principais da APS, juntamente com a longitudinalidade e coordenação do cuidado. Este papel da APS ainda é muito frágil enquanto a organização do SUS. Devido justamente à dificuldade no acesso, a APS perde sua característica de longitudinalidade e de coordenadora do cuidado, já que o usuário se ñperdeò na rede e faz seus caminhos na mesma por diferentes portas de entradas como alternativas a falta do mesmo, tal como os serviços de emergências.

Este fato diminui a eficiência da APS e consequentemente a da circulação do usuário na rede de saúde, dificultando um cuidado integral (AYRES, 2004), como podemos perceber claramente em alguns depoimentos:

> ñDesumano é ter que vir aqui e ir ainda no Centro Clínico Bom Jardim para marcar os exames. Vai e volta...Demora.ò (ABACAXI 2).

ñO atendimento médico é humanizado. Eu sempre consigo me consultar quando precisa. É fácil o acesso.ò (UVA 1).

ñA marcação de ficha daqui é desumana. Muita gente e pouca ficha.ò (UVA 2).

Vemos aqui diferentes depoimentos quanto ao acesso dentro da unidade, o que pode ser traduzido por diferentes construções dentro das unidades quanto a gestão da clínica e de agendas. Mesmo tendo uma população adscrita maior que da UBS 2, aparentemente há maior acesso dos usuários na equipe 1. A UBS 1 teve, em 2008 uma intensa construção com a comunidade, através de rodas de conversa,para escolha de modelos de coordenação de agendamentos médicos e de enfermagem na unidade. O acolhimento também sofreu importante melhora na época deste processo, possivelmente trazendo reflexos até os dias atuais enquanto facilitação do acesso. No entanto, o funcionamento da rede como um todo, foi relacionado a práticas desumanizadas de cuidado. Este fato pode mostrar a baixa governabilidade das equipes sobre este ponto, como retomaremos em discussão no tópico das dificuldades e potencialidades encontradas.

Por fim o último núcleo de sentido remete-se à estrutura física e insumos:

ñFalta estrutura para se ter uma saúde digna.ò (MELANCIA 2).

ñMas as vezes a pessoa passa no posto , é bem atendida,encaminhada. Mas daí chega lá e fala bem de lá e mal do posto só porque não ganhou cesta básica,café na sala de espera? Mas as vezes foi o postinho que descobriu, acompanhou... Não é certo também. As vezes não tem café porque não tem condições. (MANGA 2).

ñAlguém já foi no hospital do câncer? Lá vive de doação e não tem o que reclamar. Para quem ta acompanhando os pacientes tem café, lanche. O atendimento é mais humano.ò (CAJU 2).

ñAs vezes que eu não fui atendido foi mais por falta de material, do dentista, ou de curativo, medicamento. Esta falta torna um pouco desumano, mas sei que não é culpa de ninguém aqui.ò (ABACAXI 1).

> ñA estrutura é ruim. Velha, ventilador barulhento, calor. Não tem nenhuma revista, TV para distrair a gente. A TV daqui foi para o Sumaré. Faz três anos que eu não venho aqui. O que ta bom eu não sei.ò (CAJU 2).

> ñÉ que este caso da dentista eu acho que, não é culpa da dentista, mas o atendimento aqui não é resolutiva. Falta estrutura para fazer um tratamento completo. A dentista é boa mas falta estrutura.ò (MANGA 2).

Segundo Martins (2011) as redes de usuários em saúde não são formadas somente de indivíduos, mas também por objetos invisíveis (como medicamentos, estrutura, dinheiro) que também contribuem para gerar os sistemas de troca e circulação de bens. Quando estes objetos estão deficitários interrompendo este sistema, principalmente no que diz respeito ao papel do Estado, os usuários se remetem a desumanização do cuidado.

O Ministério da Saúde traz em documentos referentes à humanização do SUS a importância da ambiência para os espaços de cuidado em saúde. Esta ambiência não se traduz só na arquitetura, mas em todas as situações vivenciadas pelos usuários, em seus aspectos inclusive culturais.

Vilar (2009) nos traz em seu trabalho a importância atribuída à ambiência por profissionais, usuários e gestores para a humanização do cuidado em saúde. A autora refere que a deficiência da ambiência nas unidades em que estudou era citada nos relatórios de gestão da época, com recursos previstos para adequação das mesmas. No entanto, na prática pouco se via de mudanças concretas, prejudicando a humanização do cuidado nas unidades estudadas.

O mesmo aparece nesta pesquisa. A ambiência foi mais citada na UBS 2, pois a mesma situa-se em imóvel alugado, de espaço físico pequeno, sem adequações para o atendimento em saúde e com umidade nas salas e infiltrações no forro e paredes. A questão da higiene também foi citada, tendo os usuários referidos que achavam absurdo um ambiente de produção de cuidados em saúde terem banheiros e bebedores sujos. A UBS 1 apesar de antiga já passou por reformas e adequações. Em ambas as unidades a falta de insumos foi considerada como prejudicial para continuidade do cuidado e resolução dos problemas dos usuários, levando a desumanização na produção do cuidado.

Quando pensamos no cotidiano dos usuários, podemos perceber como os usuários reinventam seus processos terapêuticos quando encontram desafios na organização das redes de saúde e também de suas redes de inserção (MARTINS, 2011). As discussões e críticas

sobre as falhas do sistema e a humanização do cuidado em saúde propiciam o reinventar das práticas cotidianas e das trocas pessoais que se estabelecem.

Aplicando a MARES para discussão destas percepções do usuário quanto a práticas humanizadas na produção do cuidado em saúde em seus cotidianos, percebemos que o que eles demonstram vem de encontro com o que é preconização pela PNH. Questões como vínculo, afeto, confiança e responsabilização, entes que devem ser conquistados através do diálogo e maior participação dos sujeitos. Neste ponto a correlação com a Teoria da Dádiva se faz muito presente, pois como já citado, nos remete as questões de reciprocidade, da maneira como o profissional trata e age com o usuário, refletindo em toda uma rede de relacionamentos que gera o cuidado humanizado. Um resumos dos núcleos de sentidos encontrados nesta categoria é apresentado à seguir:

CATEGORIA:PRÁTICAS COTIDIANAS RELACIONADAS AO CUIDADO HUMANIZADO
NÚCLEOS DE SENTIDO
1)RELACIONAMENTO ENTRE USUÁRIOS E EQUIPES
2)ESCUTA E RESPOSTAS ÀS DEMANDAS E NECESSIDADES DOS USUÁRIOS
3)COMUNICAÇÃO E DIÁLOGO
4)ACESSO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE SAÚDE
5)ESTRUTURA FÍSICA E INSUMOS(ambiência)

Quadro 2: Núcleos de sentido relacionados à percepção do usuário quanto práticas humanizadas na produção do cuidado em saúde em seu cotidiano.

Fonte: Arquivo pessoal.

4.3 POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Utilizando como referencia as falas da primeira parte a que se propõe a MARES, somado aos mapas do s*elf* construídos pelas lideranças de usuários em cada unidade, elaboramos dois quadros à seguir (Quadro 1 e Quadro 2) que expressam de forma sistematizada as potencialidades e dificuldades na perspectiva da humanização na produção do cuidado em saúde no cotidiano dos usuários.Inicialmente vemos no Quadro 1 à seguir as potencialidades e dificuldades da UBS 1:

POTENCIALIDADES	DIFICULDADES
Acolhimento pela equipe médica e de enfermagem.	Mau funcionamento da rede, demora ao acessar consultas de especialidades.
Consulta com vínculo e ñafetoò pelos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.	Falta de informação, diálogo entre equipe (ACS / recepção) e usuários.
Ambiente acolhedor.	Falta de insumos.
Acesso fácil às consultas médica, de enfermagem e dentista.	Falta de honestidade de alguns profissionais (favorecimento nas filas falta de cumprimento de horário de alguns profissionais)
Grupos educativos.	Ausência de um trabalho de equipe mais integrado, dificultando o acolhimento.

Quadro 3: Potencialidades e dificuldades da UBS 1
Fonte: Arquivo Pessoal

Vemos que na UBS 1 as potencialidades estão de acordo com as percepções sobre as práticas humanizadas de cuidados referidas pelos usuários e que as mesmas estão também de acordo com a proposta da PNH. A questão do acolhimento por parte da equipe de saúde se mostra um ponto importantíssimo para os usuários sentirem que tiveram suas demandas resolvidas. No entanto, como citado anteriormente, a relação com os demais profissionais, e nesta unidade com os ACS, é uma falha no processo de comunicação, muitas vezes prejudicial a escuta da comunidade.

A escuta qualificada pode ser uma potencialidade que demonstra um bom sistema de trocas interpessoais nesta UBS e em como os profissionais fixam sua atenção de maneira positiva nos usuários (MARTINS, 2011), reconhecendo o usuário com dignidade e ampliando os espaços de escuta.

A comunidade também cita o acesso enquanto facilidade nesta UBS, juntamente com o acesso aos grupos educativos da UBS, mas ainda considera carente o espaço para uma participação maior na gestão dos processos de trabalho da Unidade. A questão do acesso se deve principalmente ao reconhecimento da lateralidade (agendamento que respeitam populações mais vulneráveis), condizentes com a PNH e com o que propõe as pesquisas do grupo LAPPIS quanto a práticas inovadoras da saúde. O acesso facilitado favorece também as demais características da APS citadas por Starfield (2003) como já discutido anteriormente.

Figura 12: Reunião de comemoração de São João de grupo de idosos de uma das UBS
Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 13: Painel comemorativo de grupos educativos de uma das UBS
Fonte: Arquivo Pessoal

Na UBS 1 a ambiência foi satisfatória,no entanto a falta de insumos e o funcionamento da rede em saúde foram considerados barreiras às práticas humanizadas em saúde.

Os usuários perceberam, quando pontuaram as soluções, a importância da comunicação com a equipe e de maior participação da comunidade na gestão dos processos de trabalho da mesma. Porém consideraram a maior parte dos problemas ainda longe de sua governabilidade, atribuindo a maior parte dos problemas encontrados à gestão municipal, e não a gestão. Esta característica pode demonstrar ainda uma face de que o usuário ainda não se reconhece em quanto cidadão (SIMMEL, 2002), devendo a equipe buscar junto à comunidade e as redes sociais locais ampliar os espaços de discussão que permitam este fortalecimento.

Nesta UBS os usuários, quando pontuadas as problemáticas, não conseguiram a indicação de mediadores do território para cada problema. Talvez isto se deva ao fato de serem lideranças menos organizadas e participativas em seu território (segundo questionário aplicado como citado anteriormente).

Também várias vezes nesta UBS foram feitas comparações entre o público e privado (muitos usuários da comunidade possuem planos de saúde), sendo que a grande maioria reconhece que as dificuldades no que diz respeito ao cuidado humanizado são piores no serviço privado (não se importam com a comunidade, falta escuta, falta de acesso).

Quando questionados sobre que nota dariam a humanização na UBS 1, oito dos nove usuários referiram se sentir acolhidos quando chegavam à unidade. A nota escolhida por eles quanto à humanização nesta UBS foi 7,9.

No Quadro 2 à seguir podemos ver as potencialidades e dificuldades da UBS 2. Na UBS 2, a exemplo da UBS 1, o acolhimento e afeto dispensados pela equipe de médicos e enfermeiros foi considerado uma potencialidade para as práticas de produção do cuidado humanizadas. Mas, seguindo o quadro anterior, os profissionais de serviços tais como recepção e serviços gerais, foram considerados uma grande barreira na comunicação, estabelecimento de vínculo e até mesmo de confiança entre os usuários e equipe da UBS. A rotatividade de técnicos também foi considerada uma dificuldade, pois segundo os usuários prejudica o funcionamento da equipe para prestar um cuidado integral.

POTENCIALIDADES	DIFICULDADES
Acolhimento pela equipe médica e de enfermagem.	Falta acesso as consultas médicas e de enfermagem (longas filas de madrugada).
Consulta com vínculo e ñafetoò pelos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS.	Falta de informação, diálogo entre recepção e usuários, levando a escuta muitas vezes desqualificada.
Acesso fácil às consultas especializadas, acompanhamento pela equipe do usuário na rede.	Falta de insumos.
Vínculo entre usuários e ACS, os mesmos funcionando como ponte até equipe.	Falta de honestidade de alguns profissionais (favorecimento nas filas falta de cumprimento de horário de alguns profissionais).
Trabalho em equipe, integral.	Ambiente pequeno e inadequado.
Realização de visitas domiciliares.	Alta rotatividade de técnicos, dificultando o trabalho e acolhimento dos profissionais.

Quadro 4: Potencialidades e dificuldades da UBS 2
Fonte: Arquivo Pessoal

Nesta Unidade o trabalho dos ACS foi muito elogiado enquanto elo com a comunidade, mostrando que os ACS podem ter um grande potencial enquanto mediadores desta relação e do sistema de trocas de dádivas. As visitas domiciliares, principalmente relacionadas aos mesmos, foram sempre citadas enquanto potencialidade para um cuidado humanizado. O papel do ACS foi discutido em um artigo de (SOUZA, et.al, 2010) que demonstrou em uma pesquisa exploratória em determinada área de ESF de João Pessoa-PB, as características positivas do trabalho deste ente. Neste artigo a humanização do cuidado relacionada ao trabalho do ACS pauta-se em três pontos: relação de respeito e confiança com a comunidade devido empatia do mesmo, proximidade com a comunidade (principalmente devido às visitas domiciliares), e a resolutividade no cuidado prestado a população. Dialogando com nossa pesquisa vemos que o que foi citado no artigo assemelha-se com o que

foi encontrado nesta pesquisa, e encontra-se embasado pelas percepções do usuário e na própria Teoria da Dádiva (MAUSS, 2003) quando falamos da questão do reconhecimento do outro para que se estabeleça um sistema de trocas positivas.

O acesso às consultas nesta unidade foi considerado um problema para o cuidado humanizado, devido às longas filas que se formaram. Os usuários sugeriram discutir com a comunidade alternativa para o agendamento. No entanto, o acesso a rede de saúde como um todo foi considerada uma potencialidade, sugerindo que a diferença de opiniões entre as duas unidades pode ser conseqüência de problemas de regulação na gestão central.

A ambiência desta unidade foi muito criticada, sendo que os usuários propuseram se unir com a equipe de saúde para reveindicar melhorias à gestão central, pois consideraram a falta de insumos e ambiente inadequados prejudiciais inclusive aos profissionais. Este fato mostra também que as trocas entre usuários e equipe de saúde se dá de maneira positiva, pois os mesmos se reconhecem nas suas diferenças e semelhanças, e não se colocam enquanto lados opostos.

Na UBS 2 as lideranças são mais organizadas e participativas dentro dos grupos e solicitações da UBS. Em todos os problemas os usuários identificaram mediadores favoráveis e desfavoráveis, entendendo inclusive que algumas esferas estavam fora da governabilidade destes mediadores locais.

Também nesta UBS foram citadas as semelhanças entre serviços públicos e privados na falta de um cuidado humanizado. No entanto aqui, muitos usuários ainda entendem o público como um ñfavorò prestado a população, como gratuito, e não como direito do cidadão. Neste ponto ressalto que apesar de mais organizados, os usuários e lideranças locais ainda estão fragilizados em seu papel.

Quanto ao questionamento de que nota dariam ao quesito da humanização na UBS 2, dos 10 usuários, 3 não se sentem ouvidos/acolhidos quando vão a unidade, porém um deles refere ir muito pouco devido a trabalhar no expediente em que a unidade está aberta,remetendo novamente a questão do acesso. A média atribuída pelos usuários à unidade, referente às práticas humanizadas na produção do cuidado em saúde, foi de 8,7.

Nas questões levantadas, em ambas as unidades, as potencialidades relacionam-se a vínculo, acolhimento e acesso. Retomo aqui a questão da importância das tecnologias leves de Merhy (2003) no que concerne a humanização do cuidado. Em pesquisa qualitativa realizada em 12 unidades da ESF de Fortaleza-CE (COELHO; BORGES, 2009), usuários e equipes perceberam estes entes como sendo pontos críticos na humanização da produção do cuidado em saúde.

Em outra pesquisa sobre a humanização em equipes de ESF de São Paulo-SP (CHAVES; MARTINES, 2003) as pesquisadoras buscaram os sentidos da humanização da saúde na percepção dos profissionais que compunham as equipes. As mesmas assemelham-se as quais encontradas enquanto percepções dos usuários e estão ligadas aos mesmos núcleos de afeto, solidariedade, vínculo e acolhimento. Ha exemplo do que foi citado aqui enquanto potencialidade, o trabalho em equipe foi ressaltado, dando ênfase que quando mais flexíveis os processos de trabalho da equipe, mais os usuários sentiam-se acolhidos e tendo suas demandas e necessidades resolvidas.

Em ambas as unidades foram criticadas as equipes de Saúde Bucal como interagindo pouco com a população, mostrando ainda uma necessidade de maior aproximação das equipes de Saúde Bucal com a comunidade para a construção de práticas humanizadas em saúde. Os Assistentes Sociais também foram citados em ambos os grupos como sendo pouco ligadas as comunidades e despertando a dificuldade de entendimento dos usuários quanto ao seu papel. Isto provavelmente deve-se a uma particularidade do município de Mossoró, onde todas as unidades contém um assistente social, porém o mesmo não é vinculado a ESF e muitas vezes tem sua função desviada apenas para funções burocráticas dentro da unidade, pouco interagindo com a equipe de saúde ou população.

Não foram citados, a exemplo de outros trabalhos (CHAVES; MARTINES, 2003 e RESENDE, 2007), questões relacionadas à qualificação profissional ou a falta de profissionais, provavelmente este fato devendo-se ao critério de escolha das UBS que preferiu a escolhas de UBS que se enquadrassem no que é preconizado pela PNAB quanto à composição das equipes (conforme já citado).

Podemos, portanto, ver que as dificuldades e potencialidades, em relação à produção de um cuidado em saúde humanizado, são facilmente pontuadas pelos usuários da ESF dentro de seu cotidiano. No entanto percebemos também a dificuldade para proposição de estratégias visando encontrar soluções para as dificuldades e otimizar as potencialidades, sendo ainda muito atribuído à aos representantes da gestão esta responsabilidade, havendo pouco reconhecimento do protagonismo do usuário neste processo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a construção do SUS, na década de 90 ,até a atual PNAB e consolidação da ESF, muito tem se discutido enquanto a ñSaúde como direto de todos e dever do Estadoò (como preconizado por nossa constituição). A ampliação da cobertura a ESF e do acesso a procedimentos nos serviços públicos de saúde vem sendo uma constante na política federal. No entanto muito ainda se discute na qualidade e resolutividade da atenção prestada. Apesar de 10 anos de existência da PNH, seus princípios e operacionalização ainda se demonstram como um problema na gestão dos processos de trabalho em saúde. O cuidado humanizado na Saúde é sempre discutido na mídia, dentro de várias percepções, como sendo uma grande falha do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Pesquisas que nos propiciem entender as diferentes vertentes sobre as práticas humanizadas na produção do cuidado em saúde querem na visão de gestores, quer na visão de profissionais ou usuários, são de grande importância para que se possa pensar em processos de gestão compartilhada e em uma construção coletiva de práticas que nos levem a um cuidado integral.

A ESF se mostra um espaço privilegiado destas construções, pois comunidade e equipe de saúde encontram-se muito próximas, favorecendo uma abordagem centrada na pessoa. O conhecimento de fatores condicionantes do processo de adoecimento em uma comunidade, sem fragmentá-lo do cotidiano destes usuários e de suas crenças e cultura, são talvez o grande trunfo da ESF.

Apesar do espaço de disputas e micro-poderes que se apresentam muitas vezes dentro das equipes, o que pudemos perceber é que o vínculo entre as mesmas e a comunidade é um fator primordial para que se estabeleçam as trocas necessárias para humanização e qualificação do cuidado em saúde. Inserir o usuário em um sistema de trocas criam a ñsolidariedade do cuidarò (MARTINS, 2011) que se refletirá inclusive nas redes sociais desta comunidade.

Vários trabalhos e autores, aqui utilizados para tratar da humanização da Saúde como caminho para um cuidado integral, nos trazem fundamentos que reforçam os sentidos expressos pelos usuários tais como afeto, respeito, confiança como raízes desta humanização. Estes sentidos estão relacionados a práticas diárias que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde e são previstos na PNH e em suas propostas de operacionalização (BRASIL, 2003).

Diante do que foi encontrado a partir da aplicação da MARES, enquanto proposta para construção e reconstrução das percepções dos usuários sobre humanização e de práticas

humanizadas e não humanizadas na produção do cuidado em saúde,alguns pontos podem ser identificados enquanto primordiais para esta consolidação.

O vínculo, respeito e confiança mostraram-se enquanto questões chaves para construção da Clínica Ampliada a que se propõe a PNH. Alguns agentes como os ACS podem ser entendidos enquanto mediadores neste sentido. Os usuários também consideram pessoas tais quais prestadores de serviços gerais e recepção das UBS enquanto parte da equipe de saúde.Se os mesmos não estiverem atuando integradamente à equipe de saúde e em consonância com os princípios do SUS , podem ser inibidores dentro deste sistema de trocas.

O acolhimento e escuta mostram-se valiosos na construção destas práticas em saúde humanizada. A informação e o diálogo, além da própria responsabilização da equipe pelo usuário, podem ser maneires de se suprir uma rede deficitária que muitas vezes está fora da governabilidade das equipes da ESF.

Mesmo assim, o papel da gestão ainda se faz importante para que o cuidado seja realmente integral e resolutivo, pois questões como insumos, ambiência e estímulo a espaços de discussão deveriam ser discutidos na agenda de políticas locais. Estes pontos mostram-se importantes em outras pesquisas tais com de Vilar (2009) e Resende (2007).

A valorização do usuário, sendo reconhecido enquanto cidadão, mesmo que neste pequeno universo referente à ESF, pode ser um primeiro passo para o empoderamento dos indivíduos e ampliação de espaço de escuta formal e informal. A importância dos espaços formais de discussão, tais como Conselhos de Saúde não são aqui discutidas. No entanto, as redes de relacionamento que se estabelecem no microterritório, mostram-se também importantes para que se possam atingir espaços compartilhados de gestão que podem dar melhor resposta às necessidades e demandas de saúde dos usuários.

O que foi encontrado nesta pesquisa pode ou não se reproduzir em outras unidades de ESF pelo país, visto que estas unidades tinham suas particularidades como equipes completas e com cobertura populacional até então orientada pela legislação. Outros indicadores quanto à humanização ou não da produção do cuidado em saúde podem surgir em cada realidade. No entanto, o que foi encontrado nesta pesquisa enquanto percepção sobre a humanização na produção do cuidado em saúde, relaciona-se ao que foi discutido por vários outros trabalhos citados e com a própria PNH.

Vemos também que a questão da escuta, do vínculo e do acesso enquanto grandes fragilidades para que consigamos alcançar o que o usuário vê enquanto cuidado humanizado. Muitos destes fatores estão fora da governabilidade das equipes: muitas vezes dependem da rede de saúde organizada em um território, da maneira como a gestão organiza o acesso à suas

unidades ou fixa seus profissionais através de bons Planos de Cargos, Carreira e Salários,permitindo assim qualificação profissional e a formação de vínculo entre profissionais e usuários. A alta rotatividade de profissionais encontrada nas equipes de ESF pode ser um fator prejudicial para a formação deste vínculo.

No entanto a escuta qualificada e responsabilização pelo usuário, associados a ferramentas que auxiliem o acesso, tais como a capacidade da equipe de fazer gestão de agendas ou grupos de cogestão com os usuários, podem ser de grande auxilio para minimizar problemas de níveis mais centrais.

Alguns profissionais que estão no contato inicial com o usuário, tais como ACS e recepcionistas, podem ser grandes mediadores ou, por outro lado, inibidores das práticas humanizadas na produção de um cuidado integral.

Se faz necessário ainda melhorar insumos e infra-estrutura também como forma de melhorar a humanização do cuidado pela percepção dos usuários, o que é um grande desafio frente ao baixo investimento na Saúde.

A ampliação dos espaços de conversas entre os profissionais e comunidade pode levar a um empoderamento dos sujeitos e ao entendimento de suas demandas e necessidades pelas equipes de saúde, facilitando assim um processo de construção conjunta para que realmente possamos atingir um cuidado integral à saúde.

Através de metodologia MARES,pudemos levantar as percepções dos usuários quanto as práticas humanizadas na produção do cuidado em saúde e suas potencialidades e dificuldades. Em uma segunda fase esta pesquisadora pensa em utilizar estes itens levantados para formar rodas de cogestão entre equipes de saúde e usuários, e assim atingir um processo de gestão participativa nas UBS pesquisadas. Posteriormente pode-se ainda fazer uma avaliação sobre as mudanças que se estabeleceram nos processos de trabalho destas equipes.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução nas práticas de saúde**, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

_____. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.

ASTON, M.; MEAGHER-STEWART, D.; EDWARDS, N.; YOUNG, L. M. **Public health nurses' primary health care practice:Strategies for fostering citizen participation.** *Journal of Community Health Nursing*, 26 (1), 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de humanização e gestão do SUS**. Ministério da Saúde, 2003.

_____. **O Humaniza Sus na Atenção Básica.** Ministério da Saúde, 2009.

CHAVES, E. C.; MARTINES, W. R. V. **Humanização no Programa de Saúde da Família.** O Mundo da saúde, São Paulo, ano 27 v. 27 n. 2 :274-279, abr./jun. 2003.

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

CREVELIM,M. A. **Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?** *Ciênc. saúde coletiva*;10(2): 323-331, abr.-jun. 2005.

DRAPER, A. K.; HEWITT, G.; RIFKIN, S. **Chasing the dragon:** Developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. *Social Science and Medicine*, 71 (6), pp. 1102, 2010.

FAVORETO, C. A. O. **A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária.** Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008.

FILHO, S. B. S. **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na atenção básica e hospitalar.** Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência, Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

GOOBERMAN-HILL, R.; HORWOOD, J.; CALNAN, M. M. **Citizens' juries in planning research priorities:** Process, engagement and outcome (2008). *Health Expectations*, 11 (3), pp. 272-281, 2008.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

JOLLEY, G.; LAWLESS, A.; HURLEY, C. **Framework and tools for planning and evaluating community participation, collaborative partnerships and equity in health promotion.** *Health Promotion Journal of Australia*, 19 (2), pp.152-157; 2008.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. **Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS.** *R Physis*, Rio de Janeiro; 21(1): 15-30, 2011.

MACHADO, M. F. A. S. ***et.al***. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):335-342, 2007.

MARTINS, P. H. **MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano):** aspectos conceituais e operacionais. *In PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (ORGS). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.* Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 376 p.2009.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médica modernas**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. B. C. **Polifonia do Dom**. Editora Universitária: UFPE, Recife, 2006.

MARTINS, P. H. MARES: **Desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano**. *In PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (ORGS). Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio* de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 312 p 2011.

MATTOS, R. de A.; PINHEIRO R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001. p 39-64.

MAUSS, M**. Ensaio sobre a dádiva:** forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, Marcel. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p 185-314.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional** .*Saúde em Debate,* Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ªed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2010.

NEUWELT, P. M. **Community participation in primary care:** What does it mean 'in practice'? *Journal of Primary Health Care*, 4 (1), pp. 30-38, 2012.

PASCHE, D. F. *et.al.* **Cinco anos da política Nacional de Humanização:trajetória de uma política.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(11):4541-4548, 2011

PRESTON, R.; WAUGH, H.; LARKINS, S.; TAYLOR, J. **Community Participation in rural primary health care:** Intervention or approach? *Australian Journal of Primary Health*, 16 (1), pp. 4-16, 2010;

RESENDE, A. F. **Humanização em ambiente da atenção básica à saúde:** representações sociais de agentes comunitários de saúde. Dissertação de mestrado do programa de pós-graduação de Saúde e Ambiente. Universidade Tiradentes, Aracajú, 2007. SOUZA, A. T. *et.al.* **O cuidar humanizado na Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Saúde. Com 2010; 6(2): 139-147.

SOUZA, E. C. F.; OLIVEIRA, A. G. R. C. **O processo saúde-doença:** do xamã ao cosmos. Capítulo do livro ñOdontologia Social: textos selecionadosò, publicado pelo Curso de Mestrado em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: Editora da UFRN, 1998.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCAHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

VILAR, R. L. A. **A política de humanização e a estratégia saúde da família:** visões e vivências. Tese de doutorado do programa de pós-graduação em Ciências Sociais da UFRN,2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A - QUESTÕES NORTEADORAS PARA GRUPO FOCAL COM USUÁRIOS

PARTE I DA MARES-INDICADORES MACROSSOCIOLÓGICOS SAÚDE / HUMANIZAÇÃO

1. O QUE É ñSERò HUMANO NO DIA-A-DIA?

_____

_____

2. E O QUE É ñSERò DESUMANIZADO?

_____

_____

PARTE II DA MARES-INDICADORES MICROSSOCIOLÓGICOS SAÚDE / HUMANIZAÇÃO

3. VOCÊ CONHECE TODOS OS SERVIÇOS OFERECIDOS PELA UNIDADE DE SAÚDE?

_____

_____

4. QUAIS AS AÇÕES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE SAÚDE QUE VOCE CONSIDERA HUMANIZADAS? POR QUÊ?

_____

_____

_____

5. QUAIS AS AÇÕES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE SAÚDE QUE VOCE CONSIDERA HUMANIZADAS? POR QUÊ?

_____

_____

_____

6. VOCÊ ESTÁ SATISFEITO EM COMO É RECEBIDO E ATENDIDO NA UNIDADE? POR QUÊ?QUE NOTA VOCÊ DARIA PARA HUMANIZAÇÃO DA UBS?

_____

_____

_____

7. VOCÊ PARTICIPA DE ALGUMA ATIVIDADE DECISÓRIA NA UNIDADE? QUAL?

_____

_____

PARTE III MARES-MAPA DO SELF

8. QUAIS AS DIFICULDADES EXISTENTES NA UNIDADE DE SAÚDE QUE OCASIONAM AS AÇÕES SER DESUMANIZADAS?

_____

_____

9. O QUE VOCÊ SUGERIRIA PARA UM CUIDADO MAIS HUMANIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE?

_____

_____

10. QUEM PODERIA AJUDAR?

_____

_____

APÊNDICE B ï QUESTIONÁRIO ï PERFIL DOS USUÁRIOS

A) IDADE: _____

B) SEXO: (1) MASCULINO (2) FEMININO (3) NÃO SABE

C) ESCOLARIDADE: _____

D) ESTADO CIVIL: _____

E) RENDA FAMILIAR:
(1) ENTRE 1-2 SALÁRIOS MÍNIMOS
(2) ENTRE 3-5 SALÁRIOS MÍNIMOS
(3) ENTRE 6-10 SALÁRIOS MÍNIMOS
(4) MAIS DE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS
(5) MENOS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO
(6) NÃO SABE

F) OCUPAÇÃO:
(1) AUTÔNOMO (2) EMPRESA
(3) APOSENTADO (4) NÃO SABE
(5) OUTRO: _____

G) ESTÁ EMPREGADO NO MOMENTO: (1) SIM (2) NÃO

H) QUE TIPO DE SERVIÇOS UTILIZA NA UNIDADE DE SAÚDE?

_____

I) PARTICIPA DE ALGUM GRUPO VINCULADO A UNIDADE DE SAÙDE?

(1) SIM (2) NÃO

SE SIM! QUAL? _____

J) TEM ALGUMA ATIVIDADE DENTRO DE SUA COMUNIDADE:

(1) SIM. QUAL?_____

(2) NÃO

APÊNDICE C- TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE-RENASF
MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **A humanização da saúde no cotidiano de usuários da Estratégia Saúde da Família,** que é coordenada pela **Professora Andrea Taborda Ribas da Cunha** e tem como orientadora a **Professora Doutora Rosana Lúcia Alves Vilar** e que segue as recomendações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Esta pesquisa propõe-se a analisar as percepções dos usuários sobre a humanização na produção do cuidado em saúde no cotidiano de um território da Estratégia Saúde da Família. Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: participação de um grupo para discussão sobre a humanização do cuidado em saúde,responder à um questionário com seus dados. Os riscos envolvidos com sua participação são: o constrangimento, os desconfortos e o medo em participar das atividades do grupo, estes sendo minimizados através de um diálogo e explicação do termo de consentimento. Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: benefício em longo prazo a possibilidade de reorganização do trabalho para o melhor atendimento das necessidades de saúde da população local e da prestação de um cuidado mais humanizado dentro de sua Unidade Básica de saúde. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os resultados provenientes deste estudo serão publicados em periódicos e/ ou eventos científicos da área de saúde, sendo preservado o seu total anonimato. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Andrea Taborda Ribas da Cunha coordenadora da pesquisa, nos telefones: (84) 88215612/33152248. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL no endereço: **Av. Nilo Peçanha, 620 ï Petrópolis * CEP 59.012-300 * Natal/RN ***

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa A **humanização da saúde no cotidiano de usuários da Estratégia de Saúde da Família**

Participante da pesquisa ou responsável legal:_____

Pesquisador responsável:_____

Andrea Taborda Ribas da Cunha

CPF: 027256289-03

Identidade: 5460943-4. Órgão emissor: SSP/PR.

Endereço: Av. Vingt Rosado 1095 - Costa e Silva - Mossoró-RN. Fones: (84) 3315-2248 / (84) 8821-5612 / e-mail: andreacunha2003@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes ï CEP/HUOL

Av. Nilo Peçanha, 620 ï Petrópolis * CEP 59.012-300 * Natal/RN * Fone: (84) 3342 5003 * E-mail: cep_huol@yahoo.com.br