



**EM BUSCA DO HUMANO: AVALIAÇÃO DO *HUMANIZA
SUS* EM AÇÕES MUNICIPAIS DE SAÚDE EM
FORTALEZA.**

RELATÓRIO FINAL

**FORTALEZA- CEARÁ
2007**



EM BUSCA DO HUMANO: AVALIAÇÃO DO *HUMANIZA SUS* EM AÇÕES MUNICIPAIS DE SAÚDE EM FORTALEZA

COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Estação CETREDE / UFC / UECE

Equipe de Elaboração:

Coordenador: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade (UECE)

Pesquisadora Assistente: Prof^ª. Ms. Violeta Maria de Siqueira Holanda (UECE)

Pesquisadora Assistente: Prof^ª. dra. Ana Paula S. Gondim (UNIFOR)

Pesquisadoras de campo

Ana Carla de Carvalho Magalhães (Assistente Social - UECE)

Fernanda Bezerra N. Lopes (Graduanda em Ciências Sociais – UECE)

Lívia Carneiro Pereira (Graduanda em Medicina – UECE)

Instituições Parceiras:

Observatório de Recursos Humanos em Saúde - CETREDE /UFC/UECE

Universidade Federal do Ceará – UFC

Av. da Universidade, 2932 – Benfica

Telefone: (85) 32813277 / R- 203

Núcleo de Pesquisa em Educação e Saúde Coletiva - UECE

Universidade Estadual do Ceará – UECE

Av. Luciano Carneiro, 345 – Fátima

Telefone: (85) 31019809

Fax: (85) 31019811

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde e à Organização Pan-americana de Saúde, pelo financiamento deste projeto.

À coordenação local do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação UFC/CETREDE/UECE, pela confiança no êxito desta investigação.

À Prefeitura de Fortaleza, nas pessoas da Dr^a. Ondina Maria Chagas Canuto e do Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Secretário Municipal de Saúde, pela autorização e apoio a este estudo.

Às coordenações dos Centros de Saúde da Família, aos seus servidores e usuários, com os quais foi conduzida a pesquisa de campo deste projeto.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Objetivo Geral	8
1.2 Objetivos Específicos	8
2 PROCEDIMENTOS ORGANIZATIVOS E METODOLÓGICOS	10
3 HUMANIZAÇÃO: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA	17
5 DIMENSÕES DA HUMANIZAÇÃO NOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE MUNICIPAL	27
6 PERFIL DE USUÁRIOS E SERVIÇOS NAS UNIDADES DE SAÚDE	44
6.1 Características dos usuários nos centros de saúde da família	44
6.2 Demandas e qualidade dos centros de saúde da família em função da visão dos usuários	47
6.3 Informações sobre gestão nos centros de saúde da família segundo à visão dos usuários	54
6.4 Cuidado humanizado nos centros de saúde da família, segundo à visão dos usuários	60
7 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	70
ROTEIROS DE ENTREVISTA COM SERVIDORES	70
QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS	72
ANEXOS	76

1 INTRODUÇÃO

O tema da humanização das práticas de saúde despertam crescente atenção por parte das autoridades e especialistas no Brasil. O interesse e os esforços para implementar ações e políticas voltadas para a humanização das práticas de saúde resultam de uma avaliação dos limites e possibilidades do sistema de saúde brasileiro, isto é, o Sistema Único de Saúde - SUS. O motivo deste estudo, “Em busca do humano”, guarda em si uma questão de irrecusável caráter ético, que pode ser expressa da seguinte forma: como um sistema voltado intrinsecamente para o cuidado e a cura de pessoas e populações pode carecer de humanidade? Que mecanismos e obstáculos foram e são criados para que a atenção à saúde, particularmente na esfera pública, seja objeto de uma política nacional de humanização? Como é possível admitir que profissionais de saúde, preparados para tratar e reduzir o sofrimento das pessoas, precisem ser treinados para de algum modo recuperar uma humanidade em sua prática clínica? Estas questões revolvem não apenas o território em que o cuidado e a gestão em saúde se inscrevem, como igualmente alimentam avaliações e exames de caráter ético, filosófico e sociológico, como veremos no presente estudo.

Esta investigação examina o polêmico fenômeno da desumanização das práticas de saúde, fato que atrai estudos e discussões (MATOS e PINHEIRO, 2006; DESLANDES, 2005) complexas acerca de vários aspectos dos cuidados de saúde no Brasil contemporâneo. No interior das práticas clínicas, seja nos serviços públicos de saúde ou nos consultórios particulares, seja no âmbito da gestão dos sistemas ou nas rotinas terapêuticas, progride uma crítica insistente acerca dos limites e possibilidades do processo saúde/doença/cuidado. Parte destas inquietações se volta para a qualidade humana do trabalho clínico, para seus modos de expressão e particularmente para as circunstâncias em que se configuram obstáculos e avanços relativos a uma prática terapêutica humanizadora. Esta questão se mostra relevante e urgente diante de um número cada vez maior de alertas sobre a desumanização dos serviços de saúde, que vem sendo dado por especialistas, pacientes e profissionais médicos (MARTINS, 2003; DAVIS-FLOYD e ST. JOHN, 1998; CAPRARA e FRANCO, 1999; ANDRADE, 2004). São de domínio comum, por um lado, as enormes deficiências do sistema de saúde pública em nosso País, responsáveis por uma precária assistência, sobretudo às camadas

mais pobres da população. De outro lado, no âmbito do sistema médico privado, os avanços da tecnologia e da lógica do mercado, entre outros aspectos, tornam mais fria e distante a relação médico/paciente.

O ponto de fulcro desta questão advém dos modos historicamente dados de constituição da Medicina moderna, de sua matriz biomecânica e de sua articulação a uma práxis científica dominante. Esta Medicina prioriza a doença como categoria central de atenção, o poder de diagnose, a eficácia tecnológica e a precisão das intervenções, entre outras conhecidas características. Em uma crítica mais dura, fala-se mesmo de capitalismo biomédico (MARTINS, 2003) ou de modelo médico tecnocrático (DAVIS-FLOYD e ST. JOHN, 1998), acentuando a primazia do mercado e o domínio da racionalidade técnica, como configurações gerais do campo convencional das práticas de saúde.

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

Neste contexto, e tendo em vista a estratégica presença das políticas públicas, o Ministério da Saúde desenvolvem a Política Nacional de Humanização (HUMANIZA SUS, 2005). Esta política está em sintonia com os princípios gerais do SUS, entre os quais se destacam a integralidade, a universalidade, a equidade e a descentralização da atenção e da gestão. Assim sendo, o próprio governo reconhece que, para o avanço do SUS, e de conformidade com suas diretrizes, é forçoso pôr em desenvolvimento uma Política Nacional de Humanização que reconheça, entre diversos itens: a fragmentação do processo de trabalho, a precária interação das equipes de saúde, o desrespeito aos direitos dos usuários, o baixo investimento em qualificação e a burocratização dos sistemas de gestão (HUMANIZA SUS, 2005).

Em acordo com as proposições da Política Nacional de Humanização, governos estaduais e municipais procuram estratégias e soluções para os diversos problemas que a humanização das práticas de saúde vem a exigir para planejadores, gestores e profissionais da saúde pública. Por esta razão, o Governo do Estado do Ceará, por meio

da Secretaria de Saúde, preparou a Cartilha da Humanização e o Código dos Direitos dos Pacientes¹, e promove seminários temáticos, os quais procuram facilitar a implementação local da Política Nacional de Humanização.

Por seu turno, a Prefeitura Municipal de Fortaleza – PMF desenvolveu, durante o ano de 2005, um treinamento (Fortaleza Humaniza SUS – Curso de Extensão Universitária)² de seus servidores (mais de 4.000), visando a promover uma sensibilização a respeito da humanização dos procedimentos em atenção à saúde de seus usuários. A continuidade destas ações, ao longo de 2006 e 2007, traduzido-se na execução de cursos e capacitações (clínica ampliada, acolhimento, redes sociais), nas diversas unidades da rede municipal, tendo em vista qualificar os profissionais da área, além de promover outras medidas como reforma de prédios, alteração de rotinas de serviço e contratação de pessoal.

O presente estudo tem o propósito de avaliar, dentro do período da pesquisa, o grau de efetividade que aquelas medidas possam apresentar. Deste modo, cabe fazer os seguintes questionamentos: Quais as condições para a implantação do Humaniza SUS? Como pode ser viabilizada a humanização das práticas médicas? Quais são as possibilidades e obstáculos para os programas de humanização na atenção primária da rede municipal de Fortaleza? Como o sistema municipal desenvolve a formação de recursos humanos, voltada para a humanização do processo saúde/doença/cuidado?

Estas questões são objeto de análise no nível de atenção básica do sistema público local, o que está em conformidade com a orientação geral do SUS por uma política descentralizada e regionalizada dos serviços. Neste sentido, o Programa de Saúde da Família - PSF é reconhecido como aquele que mais consolidam a municipalização da atenção à saúde e proporciona a expansão destes serviços à população brasileira, em especial para as camadas mais pobres (ANDRADE, 2005; ALVES, 2005). O PSF desenvolve densa penetração social, lidando com fatores socioeconômicos, epidemiológicos e culturais, cobrindo grandes áreas, o que o torna um campo rico para a implementação e avaliação continuada do Humaniza SUS. Por estas importantes razões, esta investigação centraliza seu interesse na esfera da atenção primária, ao tempo em que procura avaliar a humanização no interior deste estratégico programa de saúde.

¹ Estes documentos encontram-se na página eletrônica do Governo do Estado do Ceará (<http://www.ceara.gov.br>).

² Curso promovido pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza em parceria com a Universidade Federal do Ceará – UFC.

Trataremos, neste estudo, da dimensão do cuidado é objeto de análises inspiradoras (AYRES, 2005; BOFF, 1999; BARROS, 2004) apontando para a reconstrução das práticas de saúde numa perspectiva ontológica e ética. Em articulação, temos a categoria de integralidade, que constitui território de uma discussão promissora a respeito da reorientação do modelo assistencial (ALVES, 2005; PINHEIRO e MATTOS, 2003; CAMARGO JR., 2003), em que o tema da humanização está necessariamente presente. Por sua vez, a humanização é categoria central, constituindo não apenas conceito das análises teóricas, mas também móvel das articulações e fundamentos da política nacional do Ministério da Saúde.

Esta investigação é guiada pelos seguintes objetivos:

1.1 Objetivo Geral

Compreender e avaliar o desenvolvimento de ações municipais de saúde em Fortaleza, na esfera da atenção primária, voltadas para a humanização das práticas de saúde.

1.2 Objetivos Específicos

- 1 Analisar fundamentos teóricos das ações de humanização na atenção primária;
- 2 verificar de que modo a formação de recursos humanos da Secretaria de Saúde do Município põe em prática o Humaniza SUS;
- 3 examinar o impacto da política de humanização nos ambientes terapêuticos dos centros de saúde da família, considerando os aspectos gerenciais, interpessoais e técnicos;
- 4 analisar a percepção dos usuários quanto aos serviços das unidades de saúde do ponto de vista das ações de humanização; e
- 5 identificar os eventuais obstáculos ao avanço da política de humanização nas rotinas de trabalho dos centros de saúde da família.

O presente relatório de pesquisa está estruturado em seções organizadas na seguinte ordem: 1 – Introdução, em que se destacam motivos e questões do estudo; 2 –

Procedimentos organizativos e metodológicos, tratando da composição da equipe, planejamento, condução de tarefas e aspectos técnicos da investigação; 3 - Humanização: pressupostos teóricos no campo da saúde pública, em que são analisados os fundamentos da política de humanização; 4 – Política de recursos humanos nas ações de saúde em Fortaleza, quando se faz um exame das diretrizes e encaminhamentos da humanização; 5 - Dimensões da humanização nos Centros de saúde da família da rede municipal, quando nos detemos nos aspectos qualitativos do estudo, considerando dados de servidores e das observações de campo; 6 - Perfil de usuários e serviços nas unidades de saúde, seção em que é feita uma avaliação dos dados quantitativos a partir dos usuários; e 7 – Considerações e proposições, momento de conclusão do relatório, contendo apreciação sucinta do estudo e apresentação de recomendações para eventuais ações de intervenção.

2 PROCEDIMENTOS ORGANIZATIVOS E METODOLÓGICOS

A realização do presente estudo teve por base o projeto de pesquisa sobre a política de humanização na cidade de Fortaleza, que integra o Plano Diretor da Estação CETREDE/UFC/UECE para o biênio 2006/2007. No início do trabalho, decorrido pouco mais de um mês das primeiras reuniões, alguns ajustes se mostraram necessários. Originalmente, o desenho metodológico primava por um estudo preponderantemente qualitativo a ser realizado na região metropolitana de Fortaleza. Após encontros com técnicos da Secretaria de Saúde, tanto do Estado quanto do Município de Fortaleza, observamos que seria mais adequado restringir a investigação à rede municipal de Fortaleza, que por si só já constitui grande malha de unidades de atenção à saúde (89 unidades). Por outro lado, decidimos captar o ponto de vista dos usuários para que fosse possível confrontar sua avaliação da humanização com o posicionamento dos prestadores de serviço. Assim, a pesquisa limitou-se a centros de saúde da família na rede municipal de Fortaleza, tendo sido aplicado adicionalmente um instrumento quantitativo de coleta de dados.

Ao longo de 12 meses de trabalho, destacamos três momentos em nossas atividades:

1ª. Fase (agosto a novembro de 2006)

Composição da equipe de pesquisadores, levantamentos iniciais de fontes de dados e informações, estudo do projeto e da bibliografia coletada, contatos preliminares com a Secretaria Municipal de Saúde, preparo para o trabalho de campo, o que incluiu formulação dos instrumentos de coleta de dados (um roteiro estruturado de perguntas, um questionário e lista de itens para observações dos ambientes terapêuticos)³, definição de critérios para a escolha das unidades e sujeitos da pesquisa, treinamento com o aplicativo *SPSS Graduate Pack 11.5 for Windows*, ministrado pelo Prof. Dr. Paulo César de Almeida. Também nesse período, registramos nosso projeto na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, do Ministério da Saúde, e o submetemos ao Conselho de Ética da UECE, o qual foi, após alguns ajustes, aprovado⁴.

³ Matrizes dos instrumentos de coleta encontram-se nos Anexos.

⁴ Ver nos Anexos a referida documentação.

Uma providência estratégica foi a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, de Fortaleza, para a realização desta pesquisa, o que tomou a forma de uma carta, assinada pelo Secretário, que foi encaminhada pelos pesquisadores às unidades visitadas⁵.

No que diz respeito à organização e atribuições de nosso grupo, a equipe decidiu estabelecer encontros e reuniões semanais, às sextas-feiras, a partir das 8h, na sala do Grupo de Pesquisa Educação e Saúde Coletiva na UECE para dar prosseguimento ao planejamento e às ações relacionadas à pesquisa. Para dar agilidade ao trabalho e à comunicação entre seus membros, criamos uma lista de discussão “Em busca do humano”, na rede *Yahoo*, o que se tornou uma ferramenta bastante útil em nossa comunicação diária.

Foram definidos papéis e tarefas desempenhados pelos integrantes do projeto. Dentre as atividades, João Tadeu, responsável pela coordenação do projeto, ficou de conduzir reuniões, selecionar equipe e bibliografia da pesquisa, articular encontros com gestores, dentre outras tarefas; Violeta Holanda, pesquisadora assistente, ficou responsável por acompanhar as atividades das pesquisadoras de campo e as reuniões e encontros de articulação junto ao coordenador, auxiliando nas atividades acadêmicas e burocráticas necessárias; Fernanda Lopes, pesquisadora de campo, ficou responsável por organizar a documentação da pesquisa e as atas das reuniões do grupo; Lívia Pereira, pesquisadora de campo, ficou responsável pelo acompanhamento da lista de discussão no *Yahoo*, pela visita a páginas da *internet* e busca de filmografias sobre humanização; Ana Carla Magalhães, pesquisadora de campo, responsabilizou-se por acompanhar os eventos do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde – LHUAS, coletar material divulgado pela mídia e organizar a bibliografia.

A equipe participou de todas as reuniões convocadas pela Coordenação Geral do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, agendadas para toda a primeira terça-feira de cada mês, a fim de se inteirar sobre o planejamento geral e andamento das atividades dos projetos. No encontro do mês de novembro de 2006, o Prof. João Tadeu realizou apresentação teórico-metodológica sobre o tema “Pesquisa Qualitativa”, ocasião em que estavam presentes todos os integrantes dos projetos vinculados ao Observatório. Em outro momento, fizemos a segunda apresentação versando sobre o tema da humanização como política pública nacional. Por outro lado, nossa equipe

⁵ Ver Anexos.

igualmente participou regularmente das reuniões do Grupo de Pesquisa em Educação e Saúde Coletiva, entidade a qual nosso projeto esteve vinculado na UECE.

Estivemos ainda presentes ao IV Seminário Estadual de Humanização, promovido pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, e participamos do I Seminário do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde – LHUAS, ambos os eventos ocorrendo em novembro de 2006.

2ª. Fase (dezembro de 2006 a maio de 2007)

A pesquisa de campo foi iniciada pela seleção das unidades de saúde. A escolha se deu mediante uma lista de indicações proposta pela Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Municipal Saúde. Tal relação incluiu 36 Centros de Saúde da Família - CSFs, distribuídos nas 06 Secretarias Executivas Regionais – SER's, a partir da classificação “mais avançada” e “ menos avançada”, conforme as atividades de humanização. Em seguida, procedemos a um sorteio, obtendo 02 unidades em cada “Regional”, totalizando 12 unidades de pesquisa. Deste modo, iniciamos o trabalho formando duplas de pesquisadores para cada 02 unidades em 04 Regionais da Prefeitura.

Nessa etapa, contamos com a participação da Prof^a. dr^a. Ana Paula S. Gondim, que colaborou nos ajustes do questionário, participou da pesquisa de campo e da análise do material quantitativo, fazendo uso do *SPSS*. Uma vez que grande parte dos servidores participou de treinamentos relativos ao Humaniza SUS, promovidos pela Prefeitura de Fortaleza, os sujeitos principais das entrevistas foram os multiplicadores das ações de humanização em cada unidade de saúde. Ocorre, entretanto, que parte desses profissionais não foi encontrada nas unidades escolhidas, em função do concurso público realizado pela Prefeitura, o que resultou em substituição ou remanejamento de servidores.

Também nesse período, optamos pelo exame de 08 unidades, e não 12, como havíamos decidido anteriormente. Tal decisão ocorreu pela necessidade de aprofundarmos as observações de um número menor de unidades, para que déssemos conta dos objetivos do estudo. Deste modo, foram conduzidas 12 entrevistas, 04 grupos focais e aplicados 350 questionários.

3ª. Fase (junho a agosto de 2007)

No início do mês de junho, realizamos na Estação Ecológica da UECE, em Pacoti-CE, um seminário interno da equipe para consolidar os dados coletados oriundos das entrevistas realizadas, dos questionários aplicados, das observações de campo e dos registros fotográficos. Na ocasião, fizemos uma análise preliminar das atividades desenvolvidas e preparamos o esboço do relatório final. O momento foi aproveitado para examinar propostas para novos projetos com vistas ao Seminário de Projetos que o Observatório realizará no mês de agosto⁶.

Ainda em junho, seguimos analisando os dados, concluindo algumas tarefas (como transcrição de entrevistas e verificação de pendências nos registros quantitativos) e redigindo o relatório. Nesse mês, as bolsistas pesquisadoras Fernanda Bezerra e Lívia Carneiro apresentaram parte de nosso estudo em reunião formal do Grupo de Pesquisa Educação e Saúde Coletiva e igualmente fizeram comunicações na Semana Universitária da UECE. Ao longo do mês de julho, as bolsistas prestaram auxílio na análise dos dados e na elaboração do relatório final, além de participarem de reuniões do Observatório. Ainda em julho fizemos uma apresentação do resultado preliminar do estudo, em seminário com todos os projetos em andamento relativos ao Plano diretor 2006 / 2007, ocasião em que recebemos sugestões de colegas pesquisadores.

Organização do trabalho de campo

Na perspectiva da triangulação de dados (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005; BAUER e GASKELL, 2002), considerou-se a diversidade de fontes para o exame de nosso objeto de pesquisa. Foram levados em conta: os sujeitos envolvidos na unidade de saúde (trabalhadores, gestores e usuários), a documentação oficial sobre a humanização em suas diversas elaborações discursivas (nos planos federal, estadual e municipal) e os ambientes onde a atenção à saúde é desenvolvida. É oportuno frisar que a atenção básica, conforme organizada na rede municipal em Fortaleza, articula-se ao Programa de Saúde da Família – PSF, o qual se apresenta à comunidade local sob duas formas:

⁶ No início do mês de junho, a bolsista Ana Carla solicitou desligamento da equipe de pesquisa.

por meio da ida das equipes do PSF em visita às famílias e dos serviços prestados no centro de saúde. No presente estudo, o foco de análise se restringiu aos serviços prestados no ambiente terapêutico da unidade de saúde.

Estratégias e instrumentos de coleta

Para a aplicação do instrumento de coleta de dados quantitativos, foi confeccionado um questionário estruturado dirigido aos usuários. Tal instrumento considerou as seguintes categorias de análise: perfil dos informantes, demandas e qualidade dos serviços, infra-estrutura da unidade, gestão, relacionamento e participação, cuidado humanizado.

Um roteiro semi-estruturado de questões foi a base das entrevistas conduzidas com os servidores, tendo sido consideradas as seguintes dimensões: técnica, de infra-estrutura, gestão, participação e direitos, cultural e de humanização.

Como terceira estratégia, realizamos observações de campo que levaram em conta: número mensal de atendimentos e de usuários cadastrados, número de equipes do PSF em atuação, área de abrangência territorial, infra-estrutura da unidade, serviços disponíveis, tamanho de filas, condições de segurança e acessibilidade, manifestações de violência, relacionamento usuário/servidor/direção, entre outros aspectos.

No que diz respeito à pesquisa documental, foram obtidos documentos centrais da política de humanização, além de publicações locais sobre o tema, anais de seminários, panfletos educativos, receituários, entre outros registros.

Também realizamos fotografias dos ambientes, de modo a facilitar o exame do acolhimento, ambientação terapêutica e fluxo de usuários nas unidades investigadas, o que facilitou nossa compreensão dos serviços prestados.

Cálculo da amostra

O universo de usuários foi estimado com base no cadastro de pacientes fornecido por parte de cada uma das unidades selecionadas, o que variou entre 15.000 a 40.000 por unidade. Para o cálculo da amostra, foi considerada a seguinte fórmula estatística:

$$N = \frac{T_{5\%}^2 \times P \times Q}{e^2}$$

Onde:

N = amostra;

T = valor da distribuição T de Student (1,96);

P = proporção de usuários satisfeitos com a Humanização (50%);

Q = proporção de usuários não satisfeitos com a Humanização (50%); e

E = erro amostral (5%).

Treinamento dos pesquisadores

Toda a equipe participou da elaboração dos instrumentos de coleta, do planejamento de sua execução em campo, como igualmente de avaliações e ajustes necessários. No caso do questionário, após o pré-teste (realizado em unidade na Barra do Ceará, não incluída na amostra principal), foram feitos vários aprimoramentos, o que propiciou o treinamento da equipe. Isto ocorreu também no uso dos gravadores digitais, no trabalho de transcrição das entrevistas e na pesquisa de documentos.

Infra-estrutura operacional

A equipe contou com o suporte técnico e material do Grupo de Pesquisa Educação e Saúde Coletiva da UECE e com o apoio constante da Coordenação e Secretaria do Observatório, bem como de suas instalações no CETREDE/UFC.

Análise dos dados estruturados e não estruturados

Os dados estruturados oriundos dos 350 questionários aplicados foram codificados e analisados no programa *SPSS Graduate Pack 11.5 for Windows*. As frequências, cruzamentos de variáveis e inferências destes dados permitem uma representatividade do que ocorre com o universo dos usuários, em face de se ter trabalhado com amostra aleatória.

Os dados não estruturados obtidos nas entrevistas e grupos focais foram organizados e analisados no aplicativo *QSR NUD*IST 4*. O critério central para a codificação, organização e exame do *corpus* foi a consideração das categorias utilizadas nos dois instrumentos de coleta e nas observações de campo.

3 HUMANIZAÇÃO: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

Os pressupostos constituintes dos discursos oficiais da humanização, em suas diversas esferas, repercutem, a necessidade de humanismo e de valores humanos nas práticas de saúde. Esta questão penetra e transcende o campo específico da saúde, mas certamente reflete as condições sociais, econômicas e políticas em que o processo saúde/doença/cuidado se desenrola. Contradições recorrentes como interesses de mercado e direitos de pacientes, racionalidade médica e sofrimento humano, políticas públicas e demandas sociais, tecnologia e atenção à saúde, formação profissional e condições de trabalho, são apenas alguns exemplos das configurações nas quais a vivência do humano pode ser reduzida, limitada ou ampliada, dentro de um campo de possibilidades.

Tornar o humano guarda em si um paradoxo; mas, uma vez considerando o humano dentro de condições histórico-sociais concretas, é admissível reconhecer contextos e fatores que podem reduzir ou transgredir a humanidade ontológica do humano. Algumas destas condições são identificadas em amplos entornos nos quais o ato clínico e os serviços coletivos de saúde ganham vida: o modelo biomecânico que fundamenta a Medicina moderna, os limites políticos/administrativos/orçamentários da gestão pública, a lógica do mercado presente no sistema privado, a especialização profissional dos trabalhadores em saúde, as condições objetivas e subjetivas em que atuam estes profissionais. Outros fatores, como o aumento populacional, a pobreza, a má distribuição de renda, a urbanização, para citar apenas estes, agregam maior complexidade às condições descritas.

Por sua vez, especialistas e críticos da Biomedicina (MARTINS, 2003; DRANE e PESSINI, 2005; PESSINI e BERTACHINI, 2006; CAMARGO JR., 2003) apontam para os efeitos desumanizantes e fragilmente éticos que as práticas modernas de saúde assumem, tanto no Brasil como em outros países. Martins (2003) acentua que a Ciência Biomédica se rendeu ao capitalismo médico, o que, entre outras coisas, produziu a cisão entre o utilitarismo e o humanismo, favorecendo a rentabilidade econômica de empreendimentos diversos no campo médico. Por sua vez, Pessini e Bertachini (2006) lembram que, antes de se investir na humanização “temos como desafio a hominização, ou seja, criar para os seres humanos oportunidades de existir e viver dignamente” (2006:

02). Neste sentido, afirmam que a humanização dos cuidados em saúde deve pressupor o respeito às individualidades e a garantia de espaços que legitimem o humano das pessoas envolvidas (2006: 03).

Por outro lado, tais alertas apontam para a necessidade de transformação da Biomedicina, o que Drane e Pessini (2005) denominam Medicina humana. Esta deve levar em conta a experiência da doença, o reconhecimento da subjetividade dos pacientes, e não apenas a compreensão científico-fisiológica trazida pelas enfermidades. Os autores acentuam os desdobramentos da experiência da doença que implicam perda do poder físico, espiritual, ético e social. Para fazer frente a tais circunstâncias, Drane e Pessini (2005) destacam as “obrigações da medicina humana”⁷. Tais princípios incluem competência e compaixão, informação e educação do paciente, amizade e responsabilidade partilhada com os enfermos. Tal perspectiva põe em relevo o resgate das subjetividades e das relações humanas necessariamente presentes no processo saúde/doença/cuidado, sobretudo no cenário dinâmico em que se configuram as relações entre terapeutas e pacientes (CAPRARA e FRANCO, 1999).

Assim, neste quadro brevemente desenhado, a busca pela humanização exige compromissos de diversos agentes, sejam agentes institucionais, usuários dos serviços em saúde, sejam principalmente os cuidadores. Deste modo, humanização significa compromisso do trabalhador-cuidador com os sujeitos que dependem de sua ação (BELLINI, 2004). Já Deslandes (2004) assinala que a humanização é “forma de assistência que valoriza qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos dos pacientes, de sua subjetividade e referências culturais” (2004: 02). Nesta conceituação a categoria cuidado assume distintos matizes, mostrando-se central na discussão ética e política que a humanização implica, o que veremos com detalhes a seguir.

Por sua vez, a Política Nacional de Humanização - PNH (2005) se alinha à luta por um SUS humanizado, em seus conhecidos fundamentos: universalidade, equidade e integralidade. A PNH reconhece problemas estruturais, como: fragmentação do trabalho e da rede assistencial, despreparo para se lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de saúde, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, desrespeito aos direitos dos usuários (PNH, 2005), entre outros aspectos. Tal análise situa a humanização dentro de determinados critérios: valorização dos diferentes sujeitos envolvidos, incentivo à

⁷ Reflexões semelhantes encontram-se na idéia de Medicina humanista destacada por Martins (2003) e na de modelo humanístico de medicina segundo Davis-Floyd e St.John (1998).

autonomia e protagonismo desses sujeitos, estabelecimento de vínculos solidários e de participação na gestão, compromisso com a ambiência e melhoria das condições de trabalho e atendimento (PNH, 2005). Sumariamente, segundo a PNH, a humanização, baseada em uma avaliação crítica das condições objetivas e subjetivas, individuais e coletivas do SUS, situa-se, por um lado, na esfera da atenção em saúde e, de outro, no âmbito da gestão dos processos, domínios reconhecidamente articulados.

Em diálogo com o discurso oficial sobre a humanização, Deslandes (2004) agrega três significados centrais em torno dos quais se busca reencontrar a humanidade da atenção em saúde: 1. humanização como oposição à violência, seja ela física, psicológica ou simbólica, da parte de qualquer um dos sujeitos implicados (usuários, servidores e gestores); 2. humanização como capacidade de oferecer atendimento de qualidade, combinando tecnologia e relacionamento interpessoal, criando uma parceria criativa entre a esfera subjetiva (dos relacionamentos) e o domínio tecnológico (dos processos, comunicação, equipamentos); e 3. humanização como melhora das condições de trabalho do cuidador, o que implica diversas providências estratégicas, tais como salários dignos, jornada de trabalho não estressante, instalações físicas de qualidade, suporte tecnológico eficiente. Deslandes (2004) ressalta, por fim, a importância da “cultura assistencial” como território no qual uma práxis humanizadora poderia ser difundida. Tal propósito lidaria com dois aspectos nevrálgicos: rever a interface tecnologia e subjetividades para se obter uma visão ampliada do cuidado em saúde; o segundo aspecto diz respeito à mudança cultural, em que as alteridades e a capacidade comunicativa jogam importante papel.

Como decorrência destes posicionamentos, a idéia de humanização deve ser pensada em consonância com o conceito de cuidado, que nos parece ser um pressuposto teórico central em todo o discurso da humanização da atenção em saúde. Neste sentido, uma referência oportuna está na rica reflexão de Leonardo Boff, em seu livro *Saber cuidar* (1999). Partindo de uma severa crítica à civilização moderna, Boff defende o cuidado como modo de ser essencial, inerente a diversas facetas da vida humana. Certamente estamos diante de uma categoria existencial, presente na relação com o planeta (ecologia), com os outros (sociabilidade), com a sociedade sustentável e com a saúde. Inspirando-se no filósofo Martin Heidegger, o autor lembra que a palavra cuidado deriva do latim *cura*, tendo ainda os sentidos de cogitar, colocar atenção, ter zelo e mostrar interesse. A atitude do cuidado, segundo Boff (1999), instaura um modo de ser-no-mundo, em que prevalecem a razão cordial, o espírito de delicadeza, o

sentimento profundo quando experimentamos os seres como sujeitos e como valores⁸. Neste sentido é deveras ilustrativo o depoimento de um profissional de saúde que afirma a radicalidade da noção de cuidado, em visível afinidade com as noções de Leonardo Boff:

Cuidar é de jardim, das rosas, das flores, cuidar do olhar, do sorriso, é aquilo que a mãe faz com o seio dela, que a criança abocanha o peito e puxa, porque gosta do leite, saciando sua fome física e emocional.

(Médico)

Por sua vez, Ayres (2005) aprofunda a dimensão do cuidado pensando a reconstrução das práticas de saúde. Ele reconhece o cuidado em distintas categorias (ontológica, genealógica, crítica e reconstrutiva) da reflexão filosófica. Como condição ontológica, o humano se mostra criador e criatura da existência, em que o cuidado é seu permanente “artesão”. No aspecto genealógico, desde o “cuidado de si” pensado por Foucault, tal dimensão implica tomar o cuidado como atributo e necessidade universais dos seres humanos. Ayres (2005) destaca o labor inerente a este cuidado de si, envolvendo diversas atividades. Por sua vez, como categoria crítica, o cuidado diz respeito aos modos de interação das práticas de saúde e às tecnologias que isto implica. Tal dimensão considera a constituição de projetos humanos e mesmo a noção de felicidade entrelaçando tanto os que necessitam de cuidado quanto os que se reconhecem como cuidadores. Por fim, em seu sentido de reconstrução, a categoria cuidado favorece uma reconciliação entre as práticas assistenciais e a vida, o que exige a transcendência da tecnociência médica em favor de um ser-no-mundo, o que vai ao encontro da reflexão de Boff (1999) há pouco indicada. Tais pressupostos conduzem a um projeto de reconstrução das práticas de saúde, no qual três frentes se destacam, conforme assinala Ayres (2005): 1. voltar-se à presença do outro, enfatizando o acolhimento, a construção de vínculos, o uso de tecnologias “leves”; 2. otimizar as interações, o que significa explorar a dimensão comunicacional (espaços e redes de conversação) e a integralidade do cuidado; e 3. enriquecer horizontes, implicando em interdisciplinariedade, reconhecimento de aspectos sócio-culturais da

⁸ Esta razão cordial certamente encontra ressonância no paradigma da dádiva, sinalizado por Martins (2003), tendo por base o pensamento do antropólogo Marcel Mauss.

saúde/doença/cuidado e inclusão de outras linguagens (artísticas, corporais) e racionalidades terapêuticas⁹.

Por outro lado, na reflexão da humanização e do cuidado, um elemento ocupa lugar destacado, seja como princípio fundante do SUS, seja como conceito norteador da política de humanização ou ainda como diretriz operacional das várias ações desta política, em suas diversas esferas. Como fundamento do SUS, a noção de integralidade diz respeito ao direito do “cidadão de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença” – assim define a Política Estadual de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (SESA, 2004b). Na qualidade de princípio estruturador do SUS, a integralidade deve ser entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (MACHADO, 2007: 337). Ao considerar o modelo atual de atenção, Machado (2007) lembra que ele é caracterizado pela fragmentação das práticas e desarticulação de inúmeras queixas dos usuários; ao contrário, a abordagem integrada dos cuidados deve cobrir todos os passos e todo o trabalho do cuidador.

Por sua vez, Vânia Alves (2005) destaca a polissemia presente no conceito de integralidade, o qual tem como contraposição a “abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos”. Alves agrega a noção de que integralidade implica uma compreensão totalizante, na qual os sujeitos se mostram como individualidade biopsicossocial, o que exige um tratamento mais abrangente das pessoas, que ultrapasse a doença e o sofrimento manifesto. Em uma tentativa de apreender a polissemia do conceito, ela explicita o sentido de integrar:

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde [...]; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo (ALVES, 2005: 04).

Nesta perspectiva conceitual, Alves (2005) propõe um modelo dialógico em Educação em Saúde, ambientado nas ações do PSF, e de conformidade com os princípios do SUS, dos quais se destaca o cuidado integral. Esta proposta insere a

⁹ O que pode ser ilustrado pela prática de atividades artísticas para valorizar criatividade e auto-estima, por práticas corporais com a finalidade de combater o estresse profissional e pela inclusão de saberes e técnicas terapêuticas complementares, visando ao bem-estar físico e emocional.

“humanização das práticas” como elemento participante do referido modelo. Deste modo, vemos o entrelaçamento do princípio da integralidade com as ações de humanização, considerando a natureza transversal que ambos possuem.

Estes três eixos teóricos constituem um arcabouço conceitual no qual é possível situar a questão da humanização. Outros conceitos não menos relevantes, entretanto, devem ser considerados, como: acolhimento, gestão participativa e a relação médico / paciente. Em verdade, a dimensão do cuidado, como sociabilidade cordial (BOFF, 1999) e o sentido interdisciplinar da integralidade, atestam o caráter universal da humanização, apontando para uma práxis que transcende, ao tempo em que penetra, o próprio campo da saúde.

4 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NAS AÇÕES DE SAÚDE EM FORTALEZA

Do ponto de vista da institucionalização da política de humanização no SUS e nas redes estaduais e municipais de saúde, é preciso considerar um conjunto de diretrizes, pressupostos e diagnósticos presentes em documentos e normas. O trabalho de humanização implementado pela PMF, de 2005 até o presente ano, segue tais orientações e, neste sentido, se enquadra em um esforço nacional para o desenvolvimento destas ações de saúde.

Um documento de referência do Ministério da Saúde é o que instaurou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, em 2002, voltado para os ambientes hospitalares, estimulando a criação de grupos de trabalho de humanização - GTHs¹⁰.

Após avaliações do alcance e relevância do PNHAH, sobretudo para aperfeiçoar o SUS, o programa foi ampliado e transformado em política nacional, mediante instituição da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, em 2004 (PNH, 2005). Este documento tem sido referência central nos encaminhamentos estaduais e municipais da política de humanização, como igualmente peça de análise de especialistas e planejadores.

Na esfera estadual, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, ao longo dos últimos anos, é responsável por uma série de documentos e eventos sobre a humanização, realizados pela Coordenadoria de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção à Saúde – CODAS e pelo Núcleo de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde do Ceará. Alguns destes documentos e eventos são:

- Política Estadual de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde do Ceará (SESA, 2004b);
- Manual dos Grupos de Trabalho de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde do Ceará (SESA, 2005a);
- Código dos Direitos do Paciente: carta dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no Sistema Único de Saúde (SESA, 2004a);
- Código de Direitos e Deveres do paciente – reflexões a partir do cotidiano hospitalar (SESA, 2006); e

¹⁰ Este documento encontra-se disponível na página eletrônica do Ministério da Saúde.

- 3º. e 4º. Seminários estaduais de Humanização, ocorridos em 2005 e 2006, respectivamente¹¹.

A realização destes seminários propiciou a divulgação de várias experiências de humanização no Ceará, tratando de temas como: atenção domiciliar, direitos do cidadão, cirurgia sem medo, amamentação, cuidando do cuidador, serviços de auditoria, voluntariado, dentre outros assuntos relevantes (SESA, 2005b e 2005c)¹². Encontra-se igualmente nestes documentos um conjunto de realizações do Comitê Estadual de Humanização, bem relevantes para a orientação geral desta política no estado do Ceará.

Por sua vez, a PMF, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, promoveu durante o ano de 2005 quatro grandes encontros no Ginásio Paulo Sarasate, em um curso de extensão universitária da UFC, reunindo a totalidade dos servidores da Secretaria. Tais encontros foram considerados momentos de sensibilização ao tema da humanização, ocasiões em que foram proferidas palestras, estimulada a integração dos servidores e fornecidas duas publicações voltadas para o assunto: Fortaleza Humaniza SUS – Caderno de Textos 1 (SMSF, 2005a) e Fortaleza Humaniza SUS – Caderno de Textos 2: Os pacifistas (SMSF, 2005b).

Entre os diversos postulados fundantes da política nacional de humanização, queremos chamar a atenção para seus “princípios básicos”, entre os quais destacamos: valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão; fortalecimento do controle social e apoio à constituição de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos (HUMANIZA SUS, 2005). No que diz respeito particularmente à atenção básica (âmbito no qual esta pesquisa está situada), a política nacional destaca “o incentivo às práticas promocionais de saúde” e “formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços”. Veremos que o acolhimento, por exemplo, constitui uma das estratégias centrais da humanização nos CSFs e mesmo na ação articulada da Secretaria de Saúde de Fortaleza.

Por sua vez, a política estadual de humanização ressalta, em acordo com a diretriz nacional, o domínio do subjetivo no qual necessariamente devem estar presentes usuários, trabalhadores e gestores (SESA, 2004b). Um aspecto importante neste

¹¹ É de se considerar também o I Seminário do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde – LHUAS da UECE, sob a coordenação do Prof. José Jackson C. Sampaio, realizado em setembro de 2006, reunindo secretários de saúde e técnicos do Estado e Município de Fortaleza.

¹² Estes eventos e documentos foram organizados pelo Núcleo de Humanização de Atenção e Gestão em Saúde, da Secretaria estadual de Saúde.

documento é a constatação do “despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva”, bem como “modelos de gestão centralizados e verticais”, o que inibe a participação dos trabalhadores neste processo. Assim, é razoável compreender que nesta política seja enfatizado “um olhar que traga a valorização da pessoa humana e de sua dignidade” e pela inclusão social dos sujeitos envolvidos. Em face disto, uma das diretrizes estaduais para a humanização é o estímulo à criação de grupos de trabalho de humanização – GTHs em todos os níveis do sistema de saúde. Estes grupos atuam em diversas frentes, com ações de caráter sociopedagógico, político, subjetivo e comunicativo (SESA, 2005a). Ocorre, entretanto, que, no âmbito da atenção básica, nas unidades estudadas, não encontramos ainda nenhum GTH funcionando, o que reflete em parte o fato de estarmos ainda no início do processo de humanização nos CSFs.

No que diz respeito ao município de Fortaleza, a política local de humanização é coordenada pela Assessoria de Planejamento da Secretaria de Saúde, em articulação com a Coordenação da Atenção Básica e com as Secretarias Executivas Regionais – SER’s. A estratégia central de ações de humanização, na atual gestão municipal, se fundamenta na consideração de que a humanização é uma “política estruturante e de educação permanente”. Daí a proposição de uma Fortaleza Bela em Saúde, considerando a melhoria física da rede e sua integração, e a humanização da atenção e da gestão.

Esta estratégia diz respeito a várias ações simultâneas, tais como: elaborar mapas de risco dos ambientes de trabalho, estimular gestões compartilhadas (por meio de rodas de conversa), fortalecer as redes de saúde (entre a atenção básica e o sistema hospitalar), promover o acolhimento por classificação de risco e intensificar o uso do “Posso Ajudar?” no ordenamento do fluxo dos pacientes, entre outras medidas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza reconhece, todavia, algumas limitações e desafios expressos pela realidade presente. O número de equipes do PSF não é suficiente, os recursos para investimentos são reduzidos, as reformas nas unidades precisam avançar e é necessário diminuir a quantidade de profissionais terceirizados.

No que se refere particularmente à humanização, o procedimento adotado foi sensibilizar os servidores para o Humaniza SUS, por meio de uma estratégia de adesão voluntária. Isto obedeceu, basicamente, a três momentos: 1. curso para todos os funcionários no Ginásio Paulo Sarasate, feito em quatro grandes encontros; 2. curso específico de 40 horas que atingiu de início 150 servidores; e 3. preparo de multiplicadores da humanização, com os 150 capacitados, para atuarem em suas

respectivas unidades de trabalho. É de se reconhecer que, num universo de aproximadamente 4.000 servidores, 150 é um número modesto. Ademais parte destes multiplicadores ou saiu da rede municipal, por conta do concurso público realizado, ou foi deslocado para outras unidades, de modo que nos CSFs estudados não encontramos quantidade significativa destes agentes. De outro lado, entre estes multiplicadores encontram-se as próprias coordenadoras que, até por sua posição institucional, aderem à causa da humanização. Isto acontece, por exemplo, em reuniões regulares sobre o tema, como acontece na unidade Rigoberto Romero, na SER II, e na disposição e compromisso pessoal que elas nos passaram nas visitas que fizemos aos CSFs.

De acordo com o posicionamento dos planejadores da Secretaria de Saúde de Fortaleza, e com nossa percepção, o cuidado com a subjetividade é central, mostrando-se nas ações voltadas para o acolhimento. Isto é fundamento do propósito de “assegurar ampliação do acesso e cuidado integral e resolutivo” das ações da PNH, conforme estabelece o Monitoramento e Avaliação da PNH na Atenção básica e hospitalar do Ministério da Saúde¹³. Em sintonia com este princípio, assinala Jackson Sampaio, coordenador do LHUAS e consultor da Política de Humanização para o Nordeste: “onde não há SUS, humanizar é instalá-lo. Onde há SUS, humanizar é aperfeiçoá-lo, radicalizando sua experiência democrática e tornando-o apto ao acolhimento da subjetividade” (SMSF, 2005a: p. 17).

Resta claro, assim, que, se a humanização significa preferencialmente uma ação sobre as subjetividades – dos gestores, servidores e usuários da rede -, ela implica necessariamente uma transformação pessoal e coletiva. Deve ser, por decorrência lógica, uma adesão voluntária e ativa, uma vez que, por princípio ético, ela jamais poderia ser uma convocação autoritária ou hierárquica para tal mudança.

Em tal contexto, o trabalho dos multiplicadores é vital para a sensibilização às questões da humanização e para a mudança das condições subjetivas, entre as quais se contam a confiança na condução do processo, a motivação e a integração dos parceiros envolvidos.

¹³ Disponível no sítio do Ministério da Saúde na *internet*.

5 DIMENSÕES DA HUMANIZAÇÃO NOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE MUNICIPAL

Nesta parte do relatório, ocupamos-nos da análise dos dados qualitativos, frutos do contato direto com os servidores, nos ambientes de trabalho. Examinamos, na ótica dos profissionais e gestores, aspectos como infra-estrutura, gestão, participação e humanização, entre alguns elementos presentes no discurso destes sujeitos. Antes, porém, discutiremos as unidades investigadas.

O campo desta pesquisa está circunscrito à unidade de saúde da rede municipal, que atualmente tem a denominação de Centro de Saúde da Família - CSF. Para lá se dirige grande número de usuários diariamente em busca de serviços, resultados de exames e informação, oriundos muitas vezes de bairros fora da área de cobertura daquela unidade. Os CSFs pesquisados foram: Rigoberto Romero (SER II), Santa Liduína e Humberto Bezerra (SER III), Turbay Barreira e Projeto Nascente (SER IV), José Paracampos (SER V), Janival de Almeida e Prof. João Hipólito (SER VI)¹⁴.

Ainda que apresentem diferenças entre si (quanto a turnos de funcionamento, número de equipes do PSF ou quantidade de usuários cadastrados, entre outros itens), essas unidades mantêm certas características comuns. Elas apresentam uma organização espacial contendo salas de espera, consultórios médicos e odontológicos, secretaria, farmácia, sala de coordenação da unidade, SAME, espaço de recreação, salas para grandes reuniões (auditórios, em alguns casos), lavanderia, banheiros, salas de orientação para escovação, dentre outros cômodos. Esta infra-estrutura é visivelmente impecável na unidade Projeto Nascente, tida como modelo na rede, apresentando sinalização moderna dos ambientes, auditório confortável, refeitório e até sala para o Conselho local de saúde. Todavia, há um grande contraste com outras unidades, onde se observam improvisação (adaptações de salas e consultórios por meio de reformas) e deficiências físicas (salas sem ventilador ou ar condicionado, em alguns casos, banheiros em más condições de funcionamento, ausência de sala para acolhimento etc.), o que se traduz em desconforto e privacidade limitada, como é o caso das unidades Turbay Barreira, João Hipólito e Rigoberto Romero. Em muitas delas, como nestas

¹⁴ Os dados qualitativos (resultado de entrevistas, grupos focais e observações) foram obtidos nestas 08 unidades, todavia a aplicação do instrumento de coleta quantitativa foi realizada em apenas 06 unidades, como está apresentado na seção 6.

duas, espera-se a ampliação física por parte da Prefeitura¹⁵. De fato, conforme divulgação oficial da PMF¹⁶, um conjunto de obras (reformas, ampliações e construções de unidades) é executado, mas verificamos, no caso das unidades pesquisadas, que as providências ainda não chegaram ou – feitas as obras - não satisfazem totalmente as necessidades.

No que diz respeito aos servidores, os CSFs, na sua maioria, não dispõem de equipes do PSF completas. Isto evidente causa dificuldades no atendimento, como sobrecarga dos profissionais em atividade (como médicos), aumento das filas e insatisfação dos pacientes. No caso dos usuários, há unidades, como a Rigoberto Romero, que contabilizam em média 1.000 atendimentos/dia, o que só é possível com o funcionamento de três turnos de trabalho. Há, entretanto, situações mais graves. A unidade Janival de Almeida possui 40.000 usuários cadastrados e realiza 3.400 atendimentos/mês, sendo também em três turnos, apresentando grandes filas no período noturno. O número de funcionários nos CSFs é variável. Há unidades que têm 50 servidores, outras 70 e aquelas, como a Ribogerto Romero, que possuem 104. Entre estes, persiste uma quantidade significativa de funcionários terceirizados, o que tem gerado problemas para os gestores.

Quanto aos serviços, podemos listar: acolhimento, coleta de laboratório, aplicação de aerosol, odontologia, farmácia, clínica médica, vacinação, curativos, prevenção ginecológica, TB, pediatria. Há ainda um conjunto de atividades como: assistência social, grupos de capoeira, rodas de conversa, educação para jovens e adultos (unidade Turbay Barreira), grupos terapêuticos com idosos (unidade Paracampos), eventos culturais, dentre outros serviços. É oportuno observar que a prestação destes serviços parte não apenas de uma iniciativa do CSF, mas da dinâmica direta com a comunidade, considerando as necessidades sociais imediatas. Na unidade Turbay Barreira, por exemplo, funciona uma grande lavanderia que atende às famílias próximas, gerando ocupação e renda para as lavadeiras da comunidade. Feitas estas considerações, passemos a um outro ponto.

A avaliação qualitativa da gestão humanizada nas unidades investigadas permite analisar e aprofundar o exame de alguns aspectos (infra-estrutura, gestão, participação e

¹⁵ Outro exemplo ilustrativo é a unidade Luiz Albuquerque Mendes, na SER IV, que apresenta um crônico problema de espaço físico, o que é reclamado pelos servidores, só amenizado pela ajuda da Igreja católica vizinha, que empresta seu ambiente para atividades do CSF. Esta unidade foi objeto de estudo anterior (ANDRADE, LOPES e PEREIRA, 2006).

¹⁶ Orçamento Participativo na Saúde (PMF, 2006).

humanização) identificados junto aos servidores. Ademais, avaliar aspectos da gestão cotidiana auxilia na reflexão sobre a produção de maior efetividade nos processos de trabalho e serviços produzidos, articulando gestores, trabalhadores e usuários do sistema.

No que se refere à ambiência dos espaços terapêuticos, ela se constitui no entorno físico, profissional e de relações interpessoais, que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, como, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, a decoração (BRASIL, 2006). Nas unidades observadas, a maioria passou por reformas e/ou melhorias em seu espaço físico; entretanto, considerando a elevada demanda de usuários por serviços e atendimentos pelas equipes de saúde da família, as estruturas físicas dos centros de saúde continuam limitadas, desconfortáveis e com necessidades urgentes de ampliação e/ou reorganização, bem como descentralização de suas instalações e comodidades.

A infra-estrutura aqui não tá muito boa porque falta algumas condições. Aumentou o número de equipes, mas infra-estrutura continua a mesma. Então, o ideal é que cada equipe tivesse seu consultóriozinho pra atender, porque é muito ruim, o médico e a enfermeira na mesma sala. Há coisas que tem que ter privacidade. O cliente tem que ter privacidade dele. Há casos que você não pode... tira sua privacidade, o ideal era que cada equipe tivesse seu consultório, tivesse seu cantinho. O médico tivesse seu cantinho. Às vezes tem atendimento na sala de vacina. A gente também atende na sala de aerossol, isso não é o correto. A criança tá tomando aerossol e a médica tá atendendo. E aí, cadê a privacidade do cliente? E o aerossol que a criança tá tomando, ela tá inalando e expelindo bactérias. Ela vai inalar o aerossol e expelir bactérias e o que tá junto com a doutora tá correndo o risco de se contaminar. A estrutura física tá muito a desejar, tá necessitando urgente de uma reforma.

(Auxiliar de enfermagem)

(...) nós tivemos uma reforma. E eu me considero satisfeita com a reforma, porque eu tenho algumas colegas de outras unidades e a reforma foi mais fraca. A nossa não, foi a contento, apesar de que faltou algumas coisas porque teve problema de pagamento com a empresa, com a construtora. Mas a gente inclusive, posteriormente, a gente recebeu assim duas Residentes de Saúde da Família e eu comprei material, chamei uma pessoa da Regional, um pedreiro, que nesse momento veio prontamente e dividiu uma sala pra que a gente pudesse facilitar o atendimento, certo, porque a gente precisaria de mais uma sala e fui eu que tive essa idéia de a gente remanejar os funcionários de uma sala pra outra, passar uma parede no meio pra que a gente pudesse ter mais um consultório, certo? Então (...) a nossa estrutura não é das piores. Tem um terreno ainda pra aumentar, umas duas ou três salas que nós precisamos, sem sombra de dúvidas.

(Enfermeira)

Pois é, a gente teve uma pequena reforma né. Agora melhorou bastante, mas ainda poderia melhorar mais, porque nós temos uma cozinha ali que é do lado do sol direto, não sei se você viu. E se tivesse isso no orçamento, já tentava mudar isso pra tentar melhorar isso também. Mas em relação o que era nós já mudamos muito depois da reforma... Você não está sentindo calor? Aqui nós não temos ventilação, o ventilador queimou, os médicos as vezes sentem muito com esse problema, porque é muito quando você faz o atendimento né sem ter assim, pelo menos uma ventilação que dê pelo o menos pra..., e as vezes eles têm que enfrentar tudo isso... “Aqui se a gente pudesse melhorar..., essa sala de espera eu acho um pouco desconfortável porque não tem ventilação. Então é assim, a gente tem um ventilador ali, que eu tô até com medo porque a hélice está tão frouxa que tô vendo cair em cima das pessoas.

(Atendente SAME)

Mas teve uma reforma. Mas eu digo muito que gosto daqui, até porque minha realidade anterior era totalmente diferente, era bem pequenininha e tal. Mas eu acho sem vida. Como exemplo, deixa eu lembrar, na outra Unidade, a gente conseguiu da coordenação colocar som pra Unidade toda. Colocava música bem... inclusive de Pe Marcelo, evangélicas, músicas legais, músicas pra cima, espirituais. E assim, eu acho que aqui tá faltando um pouco de vida, de brilho, de plantas. Inclusive, a gente fez até um pedido pra Regional ... A outra coordenadora também tinha feito um ofício e a gente também pediu um horto... inclusive até a questão de ervas pra fazer chá. ... Então eu acho isso, falta avançar nisso. Sinalização, eu acho que, por exemplo, a farmácia é muito distante. Deveria ter uma porta ali onde é o auditório.

(Enfermeira)

(...) sobre o espaço físico aqui no posto encontra-se muito pequena pra demanda de pessoas que procuram o Paracampos. Vem gente aqui de todo lado para o Paracampos. Eu sou morador antigo aqui, há 40 e tantos anos aqui que moro na terceira rua ali, na Mário Frio. Conheço isso aqui a fundo. Agora que houve uma melhora no atendimento, houve. O espaço físico é que não deixa que a pessoa possa trabalhar mais à vontade. Se houvesse como crescer esse posto pra esse lado aí, teria que desapropriar essa propriedade aí. Aí ninguém sabe se a Prefeitura do município tá de acordo com isso, tá disponível em termos financeiros. Tá, quando quer tá. Não tenha dúvida

(Usuário)

As condições restritivas de infra-estrutura na maioria das unidades observadas também afetam o conforto e a comodidade no atendimento das crianças, que não possuem espaços para recreação, e a circulação de portadores de necessidade especiais e idosos, pela ausência de rampas e estruturas de acesso, em alguns casos. O nível de ruídos é variável em cada unidade, a depender da organização do serviço de acolhimento inicial e recepção (Posso Ajudar e SAME), do número de atendimentos, especialmente de crianças, e da proximidade ou não de ambientes barulhentos, tais como escolas, fábricas ou ruas com trânsito intenso.

(...) quando você vai pra uma Unidade de Saúde, você vai porque tá doente, você já chega estressado, você chega com dor de cabeça, porque tá com a pressão alta, porque tá com febre, ou só realmente com dor de cabeça. E tá menino chorando, cachorro latindo. O barulho é ruim. Então, pras meninas do acolhimento e do Same, poderia assim ser dado uma melhorada. Sabe assim, procurar uma sala climatizada, por exemplo. Não melhoraria? Até pro próprio usuário se sentir melhor.

(Auxiliar de Serviço Dentário)

O único ruído que tem aí é quando tem as festinhas no colégio, porque aí coloca som alto para os adolescentes, mas não traz grandes prejuízos. Ruim é quando você tem uma unidade próxima de uma fábrica ou de um grande trânsito. Aqui na nossa unidade, não, você que quase não passa um carro aí, então a gente quase não tem dificuldades com isso aí não. Na verdade, o ruído não atrapalha o nosso trabalho aqui não.

(Enfermeira)

A localização dos centros de saúde pesquisados é considerada de fácil acesso para a população atendida, na sua maioria em bairros de classe média ou da periferia de Fortaleza (Dias Macedo, Novo Barroso, Castelão, Vila União, Cidade 2.000, Papicu, dentre outros). No entanto, são comuns atendimentos de usuários pertencentes a outras áreas de cobertura, que não têm acesso à rede de saúde em seu bairro residencial. Muitas vezes, faltam centros em áreas de risco e/ou bairros populosos da Capital, afetando, sobretudo, a população de baixa renda, carente dos serviços básicos em saúde.

Acho que é um dos postos mais bem assim, sabe, central, que vem todo mundo aqui. Eu acho também que é a localização dele né, que é assim bem. Outra coisa também esse pessoal de Caucaia, a maioria deles às vezes é consultado aqui também, eu acho que é o acesso né, a facilidade, também tem isso. Sempre passam por ser um posto mais central, o Menton já fica mais recuado. Quer dizer, eles, primeiro passam por aqui, é o caminho né. Aí entram logo aqui.

(Atendente SAME)

Eu não diria nem dividir pra outros postos, eu diria ter mais outros postos, entendeu, por que eu acho que a nossa Unidade realmente abrange um número muito grande. Inclusive nesse plantão você vê que a maioria é da área descoberta. Aí vem a história até nisso a gente reconhece que já avançou, muitas coisas dessas unidades novas, até vai ter uma agora no Barroso, que eu acho assim que vai melhorar a nossa Unidade. (...) Claro que não só dessa ou dessa localidade, acho que é de Fortaleza, porque aqui pega Jangurussu, pega várias favelas, vários problemas mesmo. Que tem muitas áreas descobertas que você não cria nenhum vínculo. A gente faz visita domiciliar, mas tem área descoberta. A equipe não vai legal? Não vai. Por que? Porque não há um tratamento... Eu ainda sinto muito isso, mas sei que muita coisa já melhorou, de conversar, no acolhimento, explica que a gente vai trabalhar mais na questão da saúde da família, que a gente vai tá mais capacitado. E é a verdade, quando a gente trabalha a gestão, a gente faz pra comunidade, que é o principal benfeitor.

(Enfermeira)

Por outro lado, a segurança nos centros de saúde é tema para debate junto aos usuários e profissionais. Medidas como retirar grades de proteção das janelas e placas de vidro em ambientes de recepção e farmácia foram tomadas com o intuito de promover maior proximidade e sensação de confiança entre os sujeitos envolvidos. Este sem dúvida é um item tematizado pelas reflexões sobre a relação paciente/terapeuta (CAPRARA e FRANCO, 1999) e mesmo pelas indicações das políticas locais de humanização (SMSF, 2005a). No entanto, a presença de guardas municipais é solicitada como necessidade de prevenção de ocorrências indesejadas, considerando os freqüentes relatos de episódios de discussões e furtos nas unidades pesquisadas.

Essa parte de grades que você falou anteriormente, é grade externa. É só pra que? Pra essa parte desses vidros que você tá vendo aqui certo, para proteção, porque os meninos jogam pedras e essas pedras poderiam danificar essas partes de vidraças que são colocadas nas janelas. Nós tínhamos uma grade no SAME, que era um vidro e uma grade certo, e só tinha aquele buraquinho que passa só uma mão, um documento pra cá, um documento pra lá. Nós tínhamos também uma grade na farmácia, que era só uma janelinha formada de quatro azulejos, abria e fechava, pronto, só isso. Aí as grades que nós tínhamos aqui dentro da unidade eram essas.

(Coordenadora de Unidade)

Aqui, assim, é tranqüilo. Agora a gente não tem uma pessoa e dizer assim – esse aqui é para trabalhar só pra fazer a segurança do usuário, do funcionário – aqui não tem. O que a gente tem aqui é só os vigias né. São terceirizados. Ele tava de férias, e eu soube que uma funcionaria foi agredida aqui. Uma usuária, não sei o porque, agrediu uma funcionaria. Mas isso é difícil acontecer. Ainda teve bate boca (...) aí eu acho que conversaram com a pessoa porque eu não tava aqui no dia. Então eu só fiquei sabendo depois, mas assim, graças a Deus, assim, não acontece muito não.

(Coordenadora CSF)

Semana passada eu estive aqui e vi um rapaz que eu sei que ele faz parte da Prefeitura de Fortaleza. Achei ele totalmente descontrolado, um homem sem respeito com o povo, discutindo, chamando palavrão desse tamanho. Ele achou que tinha direito ou condição de ir na frente e o rapaz que tava na fila reclamou. Aí ele deu um palavrão. Eu fiquei pensando como é que um cidadão dessa idade faz isso. Eu fiquei assim de queixo caído.

(Usuário)

Além disso, é importante observar na ambiência o componente afetivo expresso na forma de acolhimento, na atenção dispensada ao usuário. O acolhimento refere-se à recepção do usuário, desde sua chegada, tratando integralmente dele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os

outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2006). A propósito, o aspecto propriamente estético da ambiência deve ser realçado aqui, pois ele favorece ainda mais um “clima” de recepção e cuidado. Isto se manifesta nos cartazes com mensagens positivas, na música-ambiente, na exposição dos aniversariantes do mês, na decoração aconchegante, na pintura das paredes. No CSF Turbay Barrera, encontramos o uso criativo de mensagens na parte inferior dos receituários. Algumas delas dizem: “Sempre que houver um vazio em tua vida, enche-o de amor” ou “Amar é ver tudo o que Deus fez e faz, e agradecer”. Este é um aspecto que integra um ambiente humanizado, sendo exemplo concreto da própria orientação da PNH (Brasil, 2006; SMSF, 2005a).

O projeto “Posso Ajudar?”, implantado recentemente na recepção dos centros de saúde, soma esforços no sentido de melhorar o acolhimento, o fluxo de informações e os encaminhamentos dos usuários aos serviços demandados. A comunicação e sinalização das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família estão presentes nas ações do projeto, facilitando o acesso dos usuários desavisados e/ou com pouca instrução.

Assim, a gente, até digitou dois papéis onde consta onde está cada profissional. Primeiro a gente colou nas portas, né? O dia que ele está naquela sala e o horário. Mas como temos algumas pessoas que não sabem ler e não vem dizendo aqui na testa eu não sei ler e quero informação, então eles vêm nos procurar. Não só a gente informa onde está o profissional, bem como a gente pediu para que o vigia ficasse com essa parte pra poder facilitar. E agora a gente ganhou uma pessoa pra nos auxiliar também nessas informações. É o projeto da Prefeitura: “Posso Ajudar?”. Pois é, ela ainda não tá fardada, porque vai receber fardamento essa semana provavelmente. Mas, ela tem nos ajudado muito. Eu digo que fui presenteada, porque estou satisfeita com o trabalho dela, certo? (...) Então, essa pessoa está nos ajudando consideravelmente. Por que? Tá tendo essa condição, como ela tá circulando por toda unidade, ela tem como ver e aí encaminhar essa pessoa pro local certo.

(Enfermeira)

A atenção dispensada ao usuário é o fundamento das ações desenvolvidas nestes espaços terapêuticos. Outro dispositivo como o “Acolhimento com Classificação de Risco” (ACCR) está sendo implementado como proposta de um potente reorganizador dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação dos trabalhadores e usuários, com conseqüente aumento da resolubilidade dos serviços (BRASIL, 2006). Por ser uma diretriz incipiente, a coordenação é delegada como o grande interlocutor das demandas de usuários e demais funcionários nos centros de saúde. Em descrições de rotinas de

trabalho destas coordenadoras, é possível perceber o nível de envolvimento em tarefas corriqueiras e/ou de gerência, variando em cada unidade de saúde pesquisada. É pertinente o significativo volume de procedimentos, interno e/ou externo, em ambas as atividades.

Bem, a minha rotina de trabalho, eu acho ela muito complexa, porque eu tenho uma responsabilidade muito assim...ampla no tudo. Tanto na parte técnica de funcionamento, como na parte administrativa e organizacional da instituição, né? Então assim, no primeiro momento à chegada a Unidade é... aquela, o acolhimento da comunidade dentro da Unidade, fazendo com que é, como é que diz, os usuários sejam acolhidos de qualquer maneira, independente que tenha médico ou não tenha, então minha rotina é toda essa. Quando eu chego a minha sala já tem bastante usuários, procurando solução, a minha rotina é está sempre atrás de soluções aqui dentro, né? (...)os usuários e depois eu vejo a parte de funcionamento da casa, os trabalhadores, os funcionários, todo o material, pra dar condições de trabalho para os funcionários. Então assim não é que seja estressante, mas é muita responsabilidade...

(Coordenadora)

A gente é um pouco faz tudo, sabe. Eu chego aqui sete horas da manhã. Aí tem dias que não dá para ir em casa. Eu trago até uma bolsa pra me segurar já preparada porque se não dá pra ir eu tomo banho aqui. E a gente vem pra cá pra coordenação, mas pouco a gente fica aqui, porque a gente fica mais circulando na unidade. Também, por exemplo, agora a farmácia, a farmácia tá com a funcionária de atestado e veio uma outra pra substituir e ela ainda não tá a par do serviço e eu já estou lá, como estava lá quando você chegou. E aí a gente é um pouco faz tudo. Mas, eu amo esta unidade. Dizem que não é certo dizer que adora, mas eu adoro ficar aqui. Às vezes eu fico até no final da tarde aqui só pra ajudar, porque às vezes a gente consegue marcar algum exame, algum encaminhamento no finalzinho da tarde, quando nossos computadores já estão fechando aí a gente consegue. (...) Olha, eu que estou nesse meio, que é a coordenação, tá lá e tá aqui. Eu, graças a Deus, considero que tenho um bom relacionamento com a Regional VI, sou questionadora, argumento, eu cobro, procuro melhorias pra nossa unidade, tá!

(Coordenadora de Unidade)

Neste acolhimento e humanização em serviços, outros agentes pertencentes à rede de profissionais são referências para a comunidade. Muitas vezes, profissionais mais antigos e/ou aqueles mais ouvintes dos anseios e queixas do usuário em atendimento, não necessariamente de nível superior, representam importantes interlocutores entre a comunidade e os centros de saúde da família. No discurso da rotina de trabalho destes profissionais, também é possível perceber o atendimento diferenciado no desenvolvimento de suas ações profissionais, e mesmo as multitarefas, dentro de um quadro de carência de pessoal.

Como auxiliar de enfermagem eu to há 27 anos, mas aqui no posto há 25 anos. Aqui eu faço de tudo. Aqui eu faço aerossol, vacina, curativo, fico na sala de prevenção, auxílio aqui se faltar alguém aqui na farmácia e às vezes fico lá pela coordenação, dando uma mãozinha na coordenação, quando necessário. Fico no SAME, faço aprazamento, faço o que for preciso para não prejudicar o serviço. O que faltar aqui, o que for necessário, eu me apresento e chego junto. Às vezes eu fico no SAME, aprazando exames, agendando e entregando exames. São essas as minhas atribuições aqui. (...) Mulher eu sou até meio suspeita pra fazer isso, sabe, porque eu mesmo a já fiz muita coisa aqui que não é de minha competência. E eu resolvi, procurei resolver.

(Auxiliar de enfermagem)

Em uma experiência mais particular, o preparo do acolhimento é conduzido da seguinte forma:

E durante meia hora, quarenta minutos, nós vamos falar de tudo menos de doença. Eu trago de casa um chá, um chocolate, um Nescau, um café, uma batata doce, pão e a gente vai conversando as coisas que são mais amenas, vamos lanchando, degustando e falando da vida alheia, dos outros. Só depois disto eu faço o atendimento individual. Eu sou o único médico no Brasil que faz esse tipo de acolhimento. Porque existe o tratar, o cuidar e o acolher. Tratar lá na Paraíba, é de piolho, dos bichos-de-pé, do cavalo e do não sei o quê. Cuidar é de jardim, das rosas, das flores, cuidar do olhar, do sorriso, é aquilo que a mãe faz com o seio dela, que a criança abocanha o peito e puxa, porque gosta do leite, saciando sua fome física e emocional. Então é cuidar. Acolher é da alma, que sofre, que está sofrendo, que está gritando e a gente não escuta, isso é o acolher e nós ainda não sabemos o que é isso. Nós tratamos aqui do acolhimento da alma, o que requer uma sensibilidade maior, uma sensibilidade trans-estrutural pra perceber melhor a alma. O segredo de um acolhimento é o amor, mas não o amor banal.

(Médico)

Como visto na seção 3, a noção de cuidado – particularmente refletida por Boff (1999) e Ayres (2005) - é central no entendimento da humanização. A idéia, passada por este médico, de um cuidar “do jardim” e de uma “sensibilidade maior”, revela uma visão filosófica do cuidado e do acolhimento, não muito freqüentes entre os sujeitos da pesquisa, mas certamente oportuna neste processo.

Por outro lado, a centralização na tomada de decisões ainda é uma forte marca na gerência destas unidades, considerando, ainda, que são poucos os conselhos locais de saúde em pleno funcionamento. O trabalho de coordenação opera no sentido de estabelecer prioridades no campo de interesses de usuários, profissionais de saúde e gestão administrativa. Interesses individuais e coletivos são ressaltados a depender do perfil de cada gestor por unidade.

Ela é uma pessoa muito capaz. Ela realmente é uma excelente coordenadora. Ela não é aquela coordenadora que pega no pé, mas ela cobra, ela cobra o serviço da gente. Tá, ela é muito assim, muito encorpada com todos os setores. Ela não deixa

nada a desejar. Por enquanto, o que eu posso dizer dela é isso. Gosto muito da minha coordenadora, independente, sabe, de qualquer coisa.

(Auxiliar de Serviço Dentário).

Eu procuro assim, tratar todo mundo igual. A diferença que eu acho que as vezes tem que fazer é uma relação, até com a vida profissional. Porque você sabe que tem aquele funcionário que tem o compromisso com a gestão, e tem aquele que não anda, mesmo que você tenha que diferenciar, não tratando mal. Mas se você já sabe que ele não faz a coisa certa, então você já tem que sair tratando diferente e não destratando, entendeu? Porque aqui tem uns funcionariinhos que se você afrouxar...

(Coordenadora)

A administração, eu tiro chapéu pra ela sabe. Ela faz o trabalho dela, ela cumpre com o dever dela. Alguns profissionais é que chocam aqui ou aculá, porque ninguém gosta de ser cobrado. Aqui não fica a desejar o atendimento. E quanto ao relacionamento com a coordenação e a equipe, eu acho bom. Se alguém tem alguma queixa, se alguém não gosta e ta insatisfeito, é porque esse alguém tem erro. E ninguém gosta de ser cobrado. A coordenação tá aí pra administrar e cobrar o de direito. E se eu to deixando a desejar, a cumprir minha obrigação junto à comunidade e a coordenação me chama a atenção cabe a mim, baixar a cabeça. Alguns não. acha ruim, quando a coordenação chega lá junto, não é assim, vamos fazer assim. Acha que ela tá cobrando, ta sendo chata e injusta. (...) Ela tem assim, um jogo de cintura, uma capacidade, e ela tá sendo muito boa de resolver.

(Auxiliar de enfermagem)

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

Nos centros de saúde pesquisados, os representantes do conselho local de saúde, sobretudo, usuários, não participam, ou participam de forma tímida/embrionária, dos espaços da discussão sobre o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas. Em parte das unidades visitadas, o que encontramos foi a falta de mobilização e de iniciativa da comunidade para exercer esta participação. Por sua vez, o serviço de Ouvidoria é centralizado nas unidades administrativas da gestão municipal, ou seja, nas secretarias regionais. Os modos frequentes de expressar reivindicações é nos CSFs mediante contatos com a Coordenação, direto no balcão, ou por meio de caixas de sugestão (Figura 19 da seção 6). Diversos motivos são mencionados como agentes causadores desta desmobilização, dentre eles, dificuldades de interlocução com lideranças comunitárias e interferências de agentes privados/religiosos na construção coletiva.

Enfim, já foi uma luta ferrenha, por quê? Porque existe aquela velha confusão de brigar. Depois que a gente chegou, já conseguimos diminuir isso aí, mas ele não atua como deveria. Já consegui avanços. Mas olhe, esse ano foi a eleição pra nova gestão do Conselho. Eu fiz convite, enviei pras associações não-governamentais, pras escolas, sindicatos, escolas, creches, documentado, onde o agente de saúde. Cada agente de saúde levou os convitezinhos, a pessoa assinou que tava recebendo. Não compareceram. A população não compareceu, os órgãos envolvidos não compareceram. Tivemos que remarcar três vezes. E terminou acontecendo só com aquele nucleozinho de pessoas que realmente são mais questionadores. E a gente, por exemplo, as reuniões não tão acontecendo por falta de quorum. Eles depois de muita luta, vieram. Foi montado o Conselho, não integralmente, ainda faltam participantes dos usuários, só os profissionais que têm.

(Enfermeira)

Eu avalio no sentido de que ainda não estão engajados. Eu não sei se é porque o Conselho que foi escolhido aqui, foi indicado pelo o Padre né. Aí, eu não sei se é por falta de tempo, ou se é porque não são pessoas assim..., não sei se é por falta de interesse, não são as pessoas certas né, as que foram escolhidas. Não sei. Inclusive, sexta-feira, amanhã a noite, vai ter uma reunião com eles e vai ser passado um monte de informação e eu acho, que diante disso, é pra ser cobrado isso dele. Eu acho eles muitos ausentes. Agora a gente tem o Conselho Regional né, que inclusive, tem uma pessoa que é do nosso Conselho local. Tem a nossa dentista que também faz parte né. Aí, eu acho que ela está mais presente no Conselho Regional do que o Conselho Local aqui dentro do posto. Eu acho que tá deixando a desejar.

(Agente administrativo)

As reuniões de discussão, feitas no modo “rodas de conversa”, são realizadas periodicamente nas unidades de saúde, na maioria das vezes, semanalmente, nos dias de sexta-feira, à tarde. As relações afetivas são ressaltadas no trato da Coordenação junto à equipe de trabalhadores, no exercício de suas atribuições.

A maioria dos problemas é na consulta, é uma pessoa que chega sempre com uma necessidade, e o que depende da gente também é os médicos. Aí pronto, graças a Deus, todos os problemas são resolvidos. (...) É um relacionamento... é assim, em toda família né. É..., eu tenho uma relação muito boa com todos, alí todo mundo tem relações boas aqui dentro. Mas sempre tem aqueles que se dá mais com outro né, tem uns que é chegado mais a outros, mas cada um se relaciona bem, não tenho nada a dizer não.”

(Atendente SAME)

Eu sou muito emotiva! Eu trabalho com muito amor! E pouco a razão. E estão me ajudando bastante, como eu te disse, né! Eu tenho uma amiga que trabalha muito a mente e a razão, e eu estou tentando balancear. Por que não dá certo, quem adoecou sou eu. Então, estou querendo, estou me trabalhando, uma coisa minha, trabalhar muito a razão. Quando eu comecei a coordenação nunca tinha trabalhado com coordenação. Eu adoro ser enfermeira, acho linda a minha profissão, sabe? Eu adoro tá dentro do campo, dentro da área. Adoro! Mas aí fui ficando, fui ficando. Aí tá difícil sair agora. (...) E a gente acaba se apegando! É como eu te disse: eu sou

muito do lado do amor. Esse lado aí. Eu tenho que trabalhar muito a minha razão, também!

(Coordenadora)

De outro lado, deveres e direitos dos trabalhadores são enfatizados nas reuniões, embora haja diferenciações significativas de exigências entre categoria de serviço por nível de profissional público ou terceirizado. Salários e benefícios são pouco discutidos em reuniões coletivas. As queixas em relação aos baixos rendimentos e desproporcionalidades entre categorias profissionais foram registradas nos discursos individuais dos entrevistados, e se colocam como um item de insatisfação geral.

(...) inclusive a gente bate muito isso na reunião – vocês têm direitos, mas vocês têm deveres de cumprir horário, de atender bem, de tratar bem o usuário – Sabe, procura sempre passar isso. A gente procura sempre passar isso pra eles, é tanto que às vezes, um probleminha besta, acaba gerando um conflito maior. Mas aí, quando há reunião, já é um assunto da pauta e se fica sempre batendo. E, às vezes, a gente relaxa um pouquinho nas reuniões. Aí, quando se vê que já tá se passando do limite, aí não, a gente vai ter que marcar a reunião, porque tem que ficar sempre batendo...

(Coordenadora)

Nada é tratado aqui a respeito de salário não. A única coisa que eu já ouvi falar foi só naquele dia entre a gente aqui (...) aquela história do pessoal que chegou, mas lá fora mesmo..., nunca escutei, nem incentivo... nada, nada.(...) Sobre os terceirizados... não se comenta nada porque como é tudo lá pela Regional, eles sabem que não depende nada da gente, não comentam nada aqui. Tudo que eles têm que resolver é com a empresa, não é por aqui não. Agente não tem nenhum poder aqui de resolver nada. Sobre a satisfação com salário ... olha, desde 2000 que eu tenho um processo. Dei entrada pelo meu sindicato, mas eu não vi até hoje. Não saiu. Tá lá mais de 1 ano que tá na mesa lá do desembargador e não sai.

(Atendente SAME)

Esta ênfase na insatisfação com os salários parte de todos os servidores, a começar das coordenações. Também verificou-se uma situação conflituosa no que diz respeito às diversas categorias profissionais no que se refere ao contrato de trabalho (questão dos terceirizados) e dos profissionais médicos com falta de estabilidade, o que se repercutiu num esforço recente da Prefeitura para o concurso público e contratação de pessoal¹⁷.

No que diz respeito às formas de discriminação e violência simbólica eventualmente presentes no ambiente dos CSFs, constatamos relatos de discriminação verbal, física, racial e contra a condição do funcionário público. Em poucos casos,

¹⁷ Segundo a PMF, o concurso aprovou 1.380 profissionais de saúde, tendo sido chamados inicialmente 850, entre médicos, enfermeiros e dentistas para atuar no PSF (PMF, 2006).

também ouvimos episódios – ainda que menos freqüentes - de discriminação associada à convivência com determinada enfermidade.

Nós somos xingados em todos os sentidos, chamadas de vagabunda, nomes até mais fortes que esses nós somos xingadas. As pessoas que chegam e não conseguem atendimento e o palavrão vem bem grande. Vagabunda é o menor nome que agente leva. Naquele horário eu não tinha mais condição de colocar ninguém porque meu material já estava todo contaminado. E eu não ia usar material sujo. E a menina me xingando do lado. Sua rapariga, sua não sei o quê. Ela falando aqui e eu conversando com a outra. Quando eu senti foi um murro em mim.

(Assistente de dentista)

O Brasil é racista, por natureza, constituição racial, antropológica. Quem são os brasileiros? Os índios. O resto é tudo invasor. Tiraram nossa identidade. Tiraram nossa qualidade de vida. Então não é estranho que haja aqui e em qualquer lugar a discriminação. Aqui também existe porque ela é cultural.

(Profissional de saúde)

Outras modalidades de violência são apontadas como as advindas de situações familiares ou de bebedeira, transpostas para a unidade. Na maioria dos relatos, contudo, predomina uma negação de ocorrências de discriminação, como aquelas apontadas pela política de humanização (HUMANIZA SUS, 2005). Todavia, esta percepção é confrontada pelos dados dos usuários, que destacam três modos significativos de discriminação – e de violência simbólica -, que são: por abuso de autoridade, por orientação sexual e por enfermidade (Figura 22, seção 6). Em muitos relatos, ouvimos negativas enfáticas da inexistência de discriminações; isto, é claro, contrasta frontalmente com os informes dos usuários.

De outro lado, as situações de desconforto diário e de tensão entre os usuários – o que ocasiona reclamações e queixas fortes – se originam na organização e tempo de espera da fila. Tida como uma dos gargalos do acolhimento, a fila tem sido objeto de várias providências para facilitar o atendimento da população. A classificação pelo risco, o uso do “Posso Ajudar”, o trabalho de seleção de enfermeiras junto às pessoas estão entre tais estratégias que são, de fato, positivas, mas problemas sérios ainda persistem:

A nossa rotina aqui de trabalho é atender certo da melhor maneira possível o usuário. Acolher, dar os devidos encaminhamentos (...) O ponto crucial de deficiência dentro da minha unidade se resume na fila de espera, que são consultas especializadas com o neurologista, como o traumatologista (...) então é isto que dificulta.

(Enfermeira)

Quando surgem as vagas, o paciente muitas vezes não sabe, mas agente vê aqui na fila de encaminhamento os pacientes que estão aguardando. Aí agente vai e consegue marcar. Ou então o próprio sistema marca. Marca não, eles pré-agendam, é a chamada fila de espera. Se o paciente naquela semana chega na unidade e na verdade a consulta dele está pré-agendada ele consegue. Mas, muitas vezes, não. Ele vem uma semana, duas e não consegue (...) ele deixa de vir.

(Coordenadora)

Os truncamentos relativos à fila se devem também a fatores tecnológicos, como o funcionamento do sistema (rede de computação)¹⁸. Em uma das unidades, observamos computadores fora do ar num período de 15 dias, o que intensifica o tempo de espera e o desconforto dos usuários. Cremos que tais fatores fogem ao controle das coordenações, pois dependem de outras instâncias administrativas.

A fila concentra diversos problemas, pois elas se alongam também em virtude da realização de exames laboratoriais ou mesmo do atraso (ou falta) do profissional de saúde ao expediente. Há, entretanto, ações criativas como o acolhimento meia-hora antes da abertura do expediente, quando os profissionais já fazem uma seleção encaixando as pessoas nas devidas prioridades. Na unidade João Hipólito, por exemplo, instituiu-se o “recadinho do coração”, sendo uma mensagem enviada aos pacientes pelo agente de saúde que vai até a residência dos usuários, confirmando o pré-agendamento da consulta.

Pelo que se observou nas unidades, os desconfortos relativos à discriminação, violência, filas longas, atraso de exames ou de medicamentos (o que pouco verificamos em nossas visitas) são atenuados por uma série de medidas que podem ser classificadas como de humanização. Genericamente, elas dizem respeito à oferta de serviços de infraestrutura, como área com televisor, banheiros, bebedouros e equipamentos de lazer para as crianças. Há de se observar que muitos destes ambientes por vezes carecem de ventilação e de silêncio, necessários a uma instituição de saúde. Por outro lado, ações de cunho participativo são estimuladas, como grupos de idosos, grupos católicos de oração, festas populares (dia das crianças, das mães, dos pais), dias de vacinação, rodas de conversa, prêmios e concursos, dentre outras atividades de Educação em Saúde.

¹⁸ Isto ocorre também com falta de cartuchos e papel para impressoras e ventiladores quebrados, no entanto, não pudemos verificar a extensão destes problemas.

Eu intensifico também essa questão da participação. Agente tá trabalhando essa questão de conversa em casa, de visita, com a questão dos agentes de saúde (...) A gente tá fazendo nossa Páscoa desde o começo de fevereiro, agente tá fazendo nosso anjo que foi até uma idéia que agente teve no Natal.

(Coordenadora)

Participativo é o grupo de idosos Jovem Guarda, onde a construção é coletiva. É cada um construindo saberes para todos. Saberes de cada um construindo saberes para todos.

(Profissional de saúde)

Sexta-feira vamos fazer uma atividade cultural. Vem Jair Rodrigues, vem artista. Quando eu vejo, tá cheio que às vezes não dá pra colocar na programação. Eles participam muito aqui com a gente. Não tem uma festa que eu não faça, que não tenha a participação cultural.

(Coordenadora)

Ora, todo este envolvimento de usuários, gestores e servidores, liderado estrategicamente por coordenadores e subcoordenadores das unidades, se alinha aos pressupostos da política de humanização, particularmente no que diz respeito à gestão participativa (HUMANIZA SUS, 2005). Há depoimentos que afirmam: “sem participação, não há humanização”, mas também os servidores alertam que “para humanizar mesmo tem de começar dando condições aos funcionários” (Auxiliar de enfermagem).

Conforme os diversos relatos e conversas com os servidores, observamos diversos sentidos para a humanização dos serviços de saúde. Termos variados (como “viver bem”, “reconhecer a necessidade de cada um”, “atender sem discriminação”, “participação”, “acolher bem”, “ajudar o próximo”, “conscientização”, “orientar da forma mais humana possível”) estão presentes nas percepções que os funcionários vêm tendo acerca da política de humanização em curso. Esta polissemia de sentidos vai ao encontro de uma das conceituações de humanização definida por Deslandes (2004), ou seja, a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, combinando tecnologia e relacionamento interpessoal, criando uma parceria criativa entre a esfera subjetiva (dos relacionamentos) e o domínio tecnológico (dos processos, comunicação, equipamentos). Os relatos de fato confirmam esta disposição, sendo este “acolher bem” mediado pelas condições objetivas, sejam físicas ou tecnológicas.

A iniciativa da PMF ao promover o curso de humanização e incentivar o trabalho dos multiplicadores é bem-vinda, pois abre possibilidades de renovação

profissional para os servidores, ao tempo em que trabalha vários aspectos da humanização, esta entendida como uma “coisa sutil”, relativa à subjetividade das pessoas.

Acho que as pessoas automaticamente atendem sem nem olhar o outro (...) e depois que fizeram esse curso, eu acho que abriu mais a mente deles, eu acho que eles começaram a ver o outro de uma forma mais humana. Que durante todo esse tempo na Prefeitura ninguém nunca tinha feito um curso de Humanização.

(Servidora)

Acho importante a questão da ambiência, da estrutura física, mas que não passa só por isso. É muito da atitude do profissional e que às vezes por mais que se dê treinamentos, cursos, às vezes até da própria personalidade da pessoa, essa questão da atitude de acolher, humanizar, de humanizar o outro, de tratar bem.

(Enfermeiro)

Esses relatos indicam claramente que humanizar pressupõe um processo orientado para a subjetividade, para uma “atitude” de transformar o modo de trabalho, mesmo que as condições objetivas tenham também um peso considerável.

(...) para completar a humanização, para humanizar mesmo tem começar dando condições aos funcionários. Eu vou comentar aqui sobre agente auxiliar. Agente trabalha, quase tudo é com a gente, agora pergunte, quem é que ganha menos? A gente. A gente ganha menos que um auxiliar de serviços gerais, eu acho isso uma injustiça! Como é que a gente vai fazer uma humanização, se você não está satisfeita como seu dinheiro?

(Auxiliar de Enfermagem)

De outro lado, parece haver um entendimento dos limites e desafios para progredir neste processo, uma vez que:

Tem gente que entende que humanizar é chegar hoje, querer marcar uma consulta, eu marquei e pronto. Isso foi Humanização, já veio o paciente e já fiz humanização. Pra mim não é só isso, pode ser, mas é muito mais que isso.

(Servidor)

Porque está faltando essa coisa mesmo da Humanização de todas as pessoas, desde o porteiro até o profissional de saúde. Quem quer que seja que esteja aqui para atender, não está ainda fazendo o serviço a contento, ainda não está respondendo todas as respostas que o cliente vem procurar.

(Enfermeira)

Essas e outras falas dos depoimentos demonstram uma consciência da questão, da parte de alguns servidores, o que sinaliza para uma expectativa de que as ações da Secretaria de Saúde prossigam. Observamos, a propósito, um receio difuso de que este processo possa frustrar aqueles mais desejosos de dar continuidade à política de humanização. E não apenas isto, mas o anseio dos servidores não verem realizadas todas as iniciativas de “investimento no profissional”, como assinalou um informante, relativas aos projetos de qualificação e aperfeiçoamento dos trabalhadores em saúde.

Com relação ao princípio da integralidade, as falas obtidas nos grupos focais e entrevistas sinalizam para um conhecimento ainda parcial, ou mesmo alheio às conceituações do Humaniza SUS. Um relato, entretanto, é sugestivo, dado por uma servidora da Unidade Humberto Bezerra. Ela questiona a condução de um cuidado integral no caso de uma usuária que diariamente vem até o CSF, em busca de informações, medicamentos ou porque está com dores de cabeça. A profissional adianta que esta paciente passa o dia sozinha, não tendo com quem conversar e, por isto, vai até a unidade para livrar-se desta situação desconfortável. A servidora afirma que não é apenas dando o remédio para a dor de cabeça que este cuidado pode ser considerado integral ou humano. Assim ela diz:

Até que ponto nós estamos trabalhando com a integralidade, né? O certo mesmo era a gente buscar uma melhor solução para Dona Ana. E como é que a gente vai conseguir conversar, chegar a esse nível de conhecimento da vida do outro se a gente não tiver privacidade? Então, às vezes a gente tem essa dificuldade na estrutura. (Servidora)

Nesta fala, questiona-se acerca da falta de privacidade e das limitações do serviço para se poder conhecer melhor outros fatores da situação de saúde daquela usuária. Ora, como vimos anteriormente (seção 3), a integralidade é conceituada como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (MACHADO, 2007: 337). Infelizmente, o modelo atual de atenção é caracterizado pela fragmentação das práticas e desarticulação de inúmeras queixas dos usuários. É a “estrutura” a que se refere a informante, o que traz certamente imensos desafios para exercer este fundamento do SUS, e se chegar a uma abordagem integrada dos cuidados. Se tal propósito deve cobrir todo o trabalho do cuidador, então, condições “estruturais” devem ser buscadas e garantidas, tais como privacidade, acolhimento, visitas domiciliares, participação da comunidade e capacitação dos cuidadores.

6 PERFIL DE USUÁRIOS E SERVIÇOS NAS UNIDADES DE SAÚDE

Nesta seção, apresentamos o perfil dos usuários das unidades investigadas, o que possibilita a primeira aproximação da população que recorre aos serviços de saúde na Atenção Básica. Também procedemos a uma análise dos serviços prestados, desde a perspectiva destes usuários.

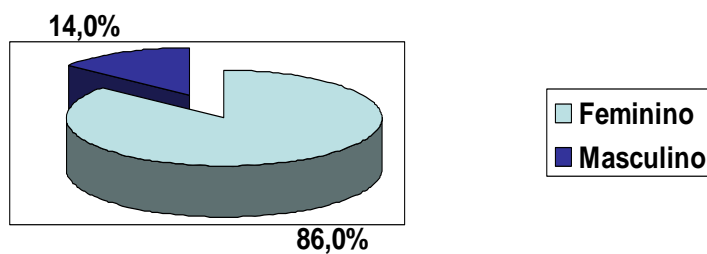
A disposição dos dados quantitativos, em tabelas e gráficos, está organizada associando-se os nomes dos centros de saúde da família a códigos por letras, conforme demonstrado na seguinte ordem:

- A – Santa Liduína (SER III)
- B – José Turbay Barreira (SER IV)
- C – Janival de Almeida (SER VI)
- D – Humberto Bezerra (SER III)
- E – Projeto Nascente (SER IV)
- F – Prof. João Hipólito (SER VI)

6.1 Características dos usuários nos centros de saúde da família

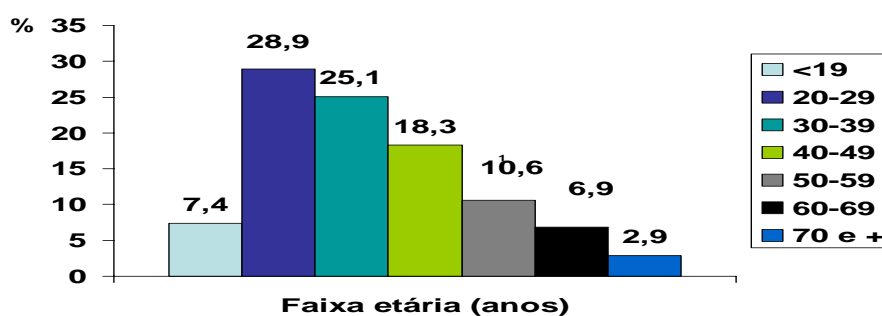
Dos 350 usuários entrevistados a maioria (86,0%) é do sexo feminino e 14,0% (119) são do sexo masculino (Figura 1).

Figura 1: Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, segundo o sexo. Fortaleza, Ceará, 2007



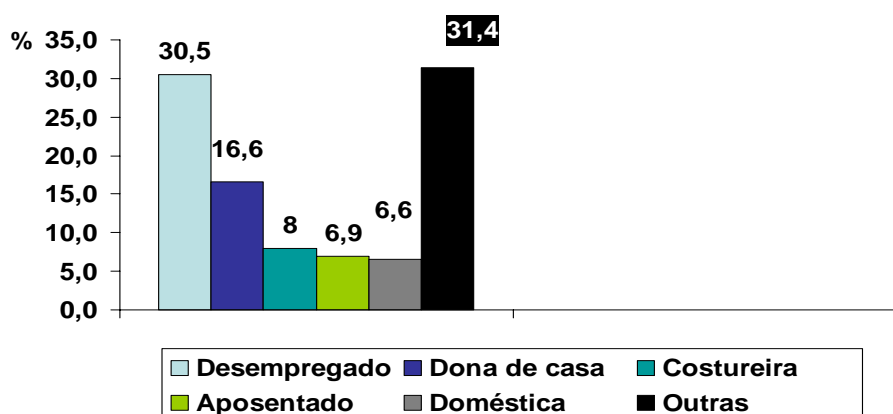
Na análise da Figura 2, constatou-se que 28,9% (101) dos usuários concentraram-se na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida de 25,1% (88) que estavam entre 30 a 39 anos, e 18,3% (64) entre 40 a 49 anos.

Figura 2: Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, segundo faixa etária. Fortaleza, Ceará, 2007



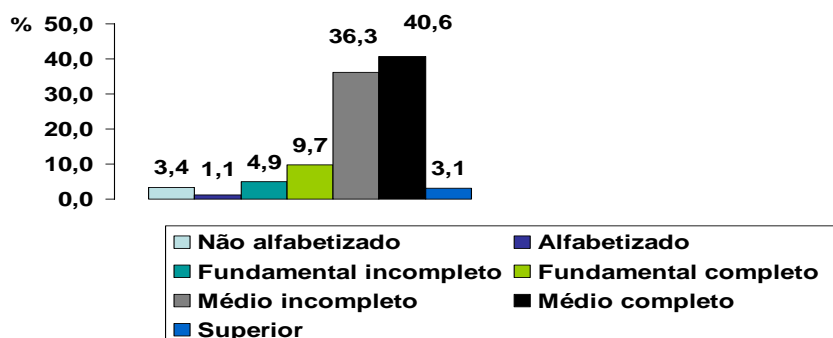
Quanto ao estado conjugal, a maioria, 54,3% (190), encontra-se casada, seguido de não casados, 45,7% (160). Quanto à ocupação, 30,6% (107) dos usuários estão desempregados; destacam-se ainda as seguintes atividades: dona de casa (16,6%), costureira (8,0%) e doméstica (6,6%).

Figura 3: Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, segundo ocupação. Fortaleza, Ceará, 2007



Com relação à escolaridade a maior frequência foi o ensino médio completo: 40,6% (142). Apenas 3,1% dos usuários completaram o ensino superior e 0,8% (3) não responderam ao estudo.

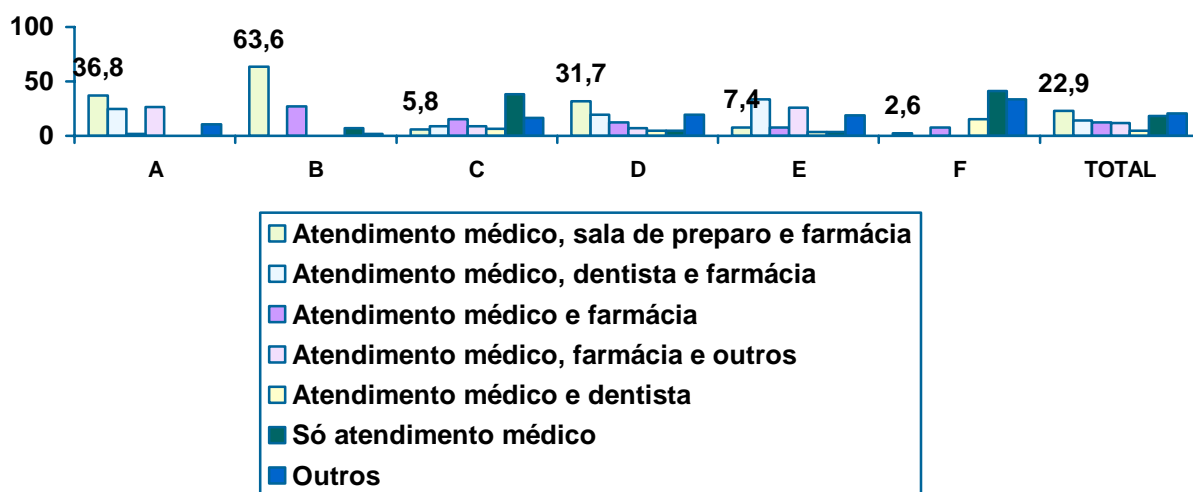
Figura 4: Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, em função da escolaridade. Fortaleza, Ceará, 2007



6.2 Demandas e qualidade dos centros de saúde da família em função da visão dos usuários

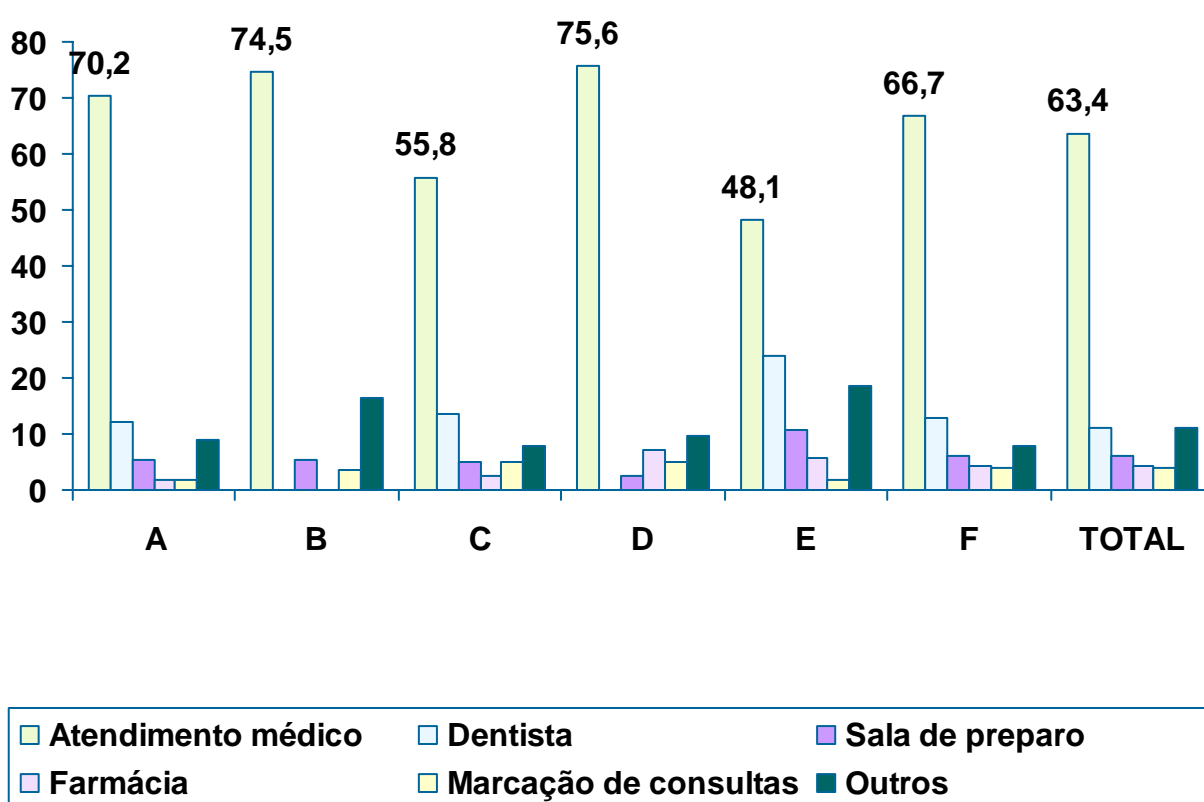
A análise segundo os três serviços mais procurados pelos usuários mostra o seguinte comportamento: procura por serviços médicos, sala de preparo (verificação da pressão, curativos) e recursos terapêuticos (uso de medicamentos). A Figura 5 mostra uma variação na distribuição dos três serviços em relação aos centros de saúde investigados. Pode-se observar que três centros de saúde (A, B e D) seguem o mesmo padrão de demanda (atendimento médico, sala de espera e farmácia). Enquanto isso, em outros dois centros (C e F) a procura principal foi pelo atendimento médico e no centro de saúde (E) a procura foi pelo atendimento médico, farmácia e dentista. Podemos esclarecer ainda que o item outros se refere a opções por serviços que não atingiram três por cento do total, portanto agregamos todos os valores abaixo desse nesse item.

Figura 5: Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, em função dos três serviços mais procurados. Fortaleza, Ceará, 2007



A proporção dos usuários que procuraram os serviços no dia da aplicação dos questionários foi alta em todos os centros de saúde da família, embora tenha ocorrido considerável variação. As maiores proporções observadas foram nos centros (A, B, C, D, F), com exceção do centro de saúde (E), que apresentou valor abaixo de 50%.

Figura 6: Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, de acordo com o serviço procurado no dia. Fortaleza, Ceará, 2007



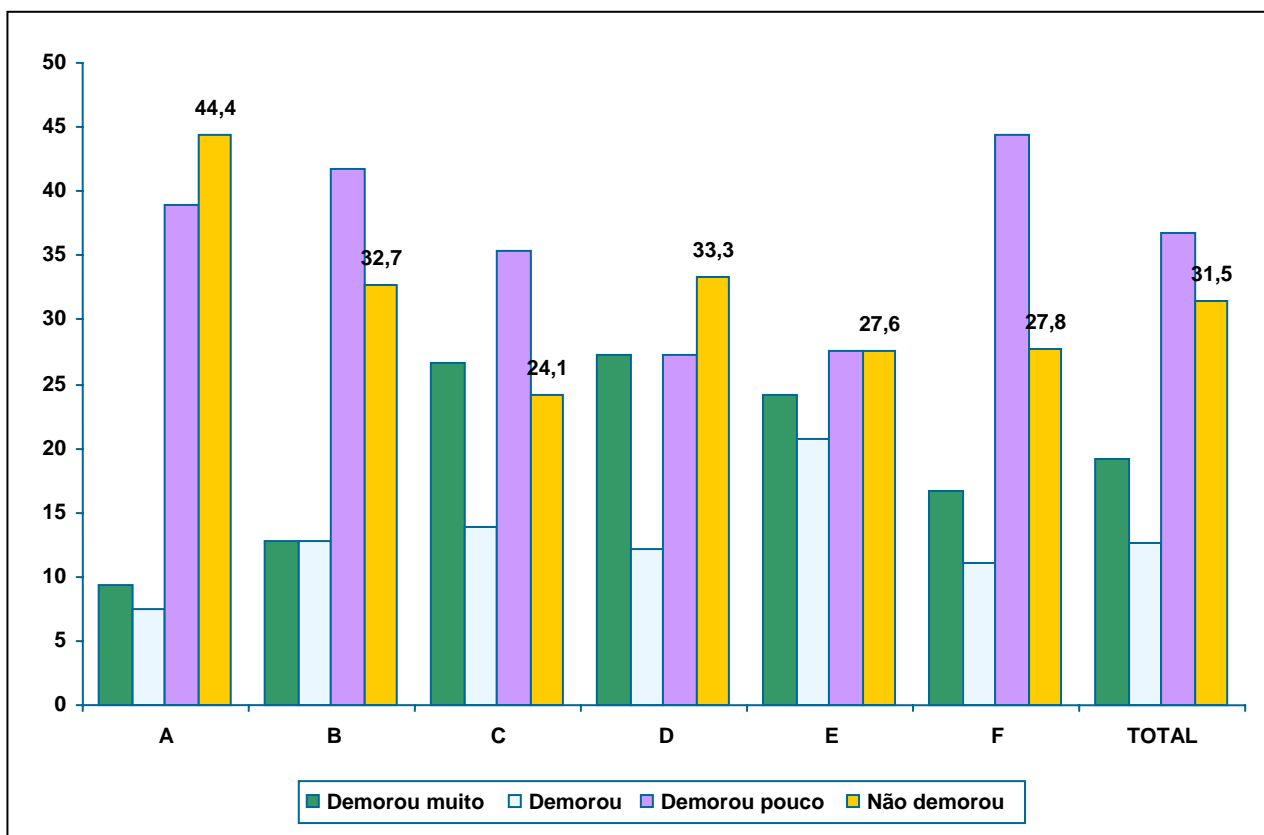
Nos CSFs estudados, a maioria dos atendimentos é agendada. Portanto, estimávamos um tempo curto de espera dos usuários, no entanto, verificamos um tempo de aguardo bastante elevado de 93 minutos (DP 73,2). Quando avaliamos a distribuição dessa média por centro de saúde, verificamos que, em nenhum dos centros, os usuários passaram pelo menos uma hora e meia para ser atendido, conforme o observado no Centro A. Enquanto isso, no centro de saúde D, usuário esperou em média mais de duas horas. Podemos considerar nesses serviços que o número de equipes de saúde destinadas ao atendimento geralmente é insuficiente; há uma escassez de médicos ou enfermeiros.

Quadro 1: Médias e desvio-padrão do tempo de espera para atendimento dos usuários nos centros de saúde da família. Fortaleza, Ceará, 2007

	Total	A	B	C	D	E	F
MÉDIA (minutos)	93,0	68,5	88,3	106,6	132,3	94,7	69,6
DESVIO-PADRÃO	73,2	56,1	77,4	85,4	76,4	51,4	49,6

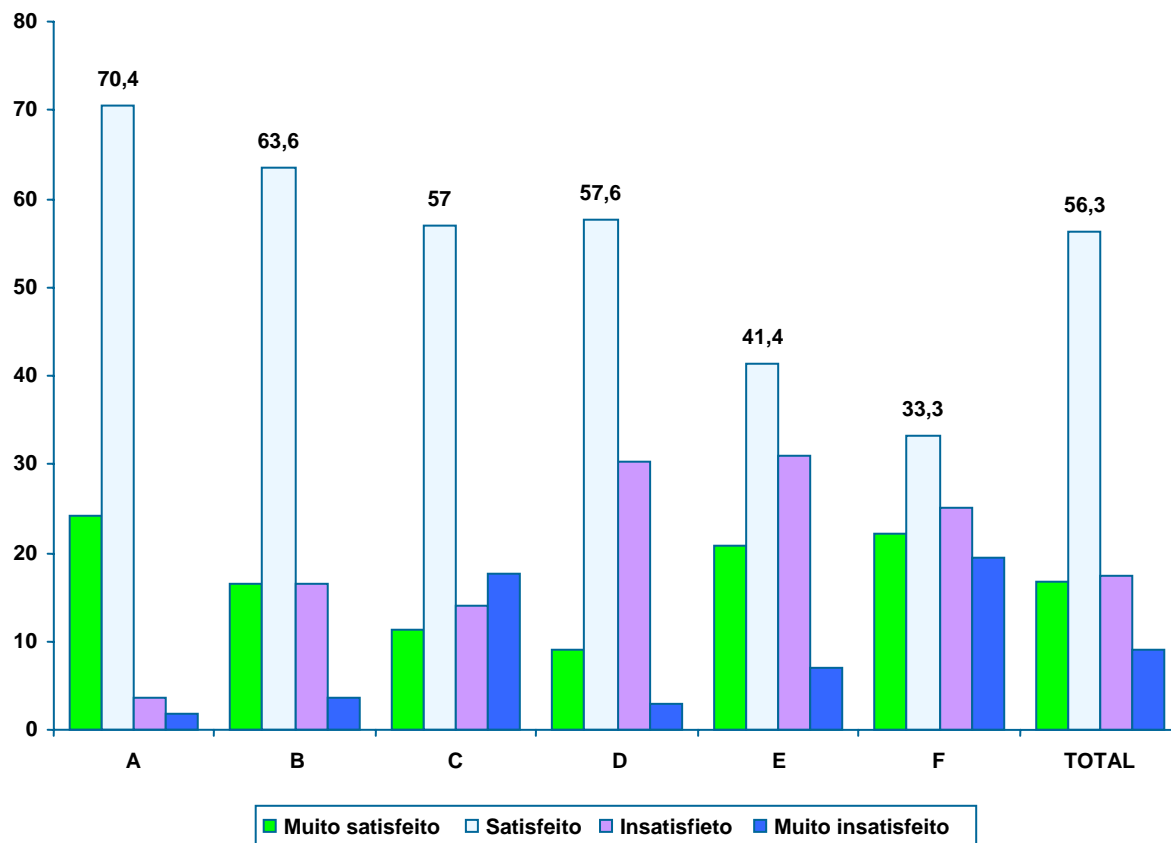
O estudo mostra que a opinião do usuário em relação ao tempo de espera apresenta uma contradição de acordo com a média de tempo de espera em alguns centros de saúde. Observamos que no centro A, com uma média de tempo de espera mais baixa, os usuários consideraram que o atendimento demorou muito (44,4%). Por outro lado, nos centros de saúde (C, D e E), que apresentaram uma média de tempo de espera maior (acima de uma hora e meia), constatamos um percentual da opinião do tempo de espera abaixo de 30%. Podemos supor que os usuários vêm esses serviços como os recursos terapêuticos oficiais disponíveis para eles, portanto, podem supervalorizar o atendimento, necessitando de uma análise mais adequada para avaliar as expectativas, valores e desejos dos usuários frente a esses serviços.

Figura 7: Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, segundo opinião sobre o tempo de espera. Fortaleza, Ceará, 2007



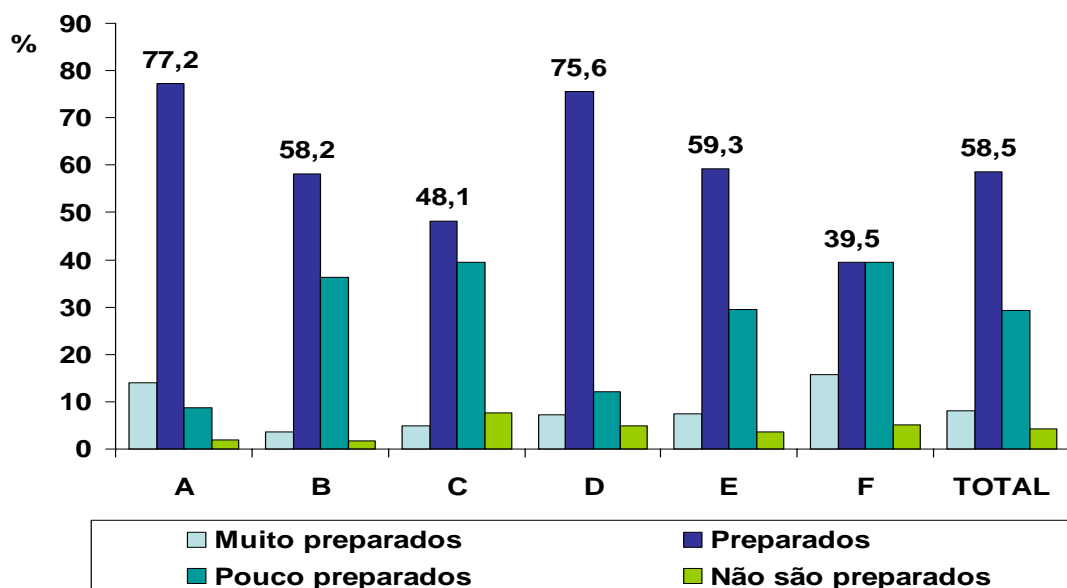
A idéia de satisfação do usuário nos centros de saúde da família é um dos elementos de avaliação da qualidade em saúde, levando em consideração a avaliação do médico e da comunidade (DONABEDIEN, 1984). Na frequência da satisfação do usuário nos centros estudados, observou-se uma elevação nesses valores, quando verificamos a estratificação por centros de saúde.

Figura 8: Percentual dos usuários dos centros de saúde da família quanto à satisfação no atendimento. Fortaleza, Ceará, 2007



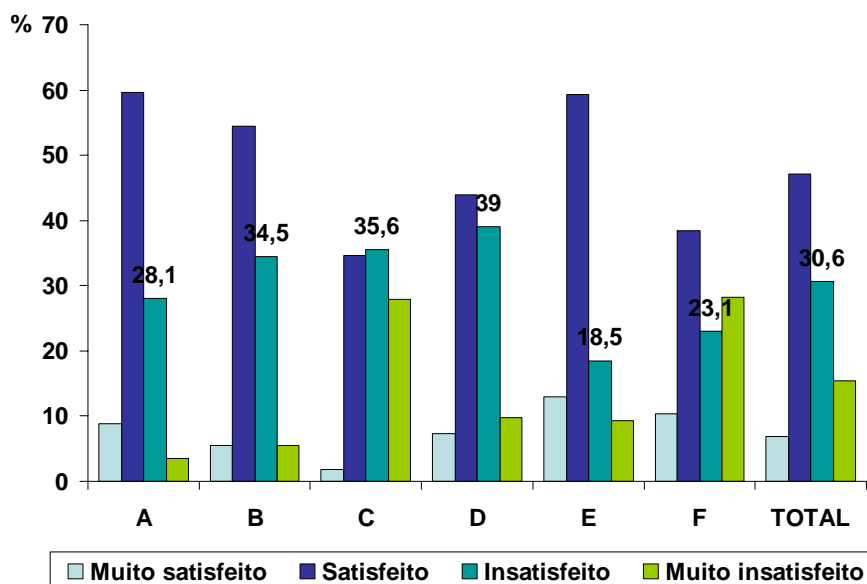
Segundo os usuários, a preparação dos profissionais de saúde em dois centros de saúde da família (A e D) apresentou percentuais que ultrapassaram 70% dos usuários que buscam esses serviços, seguidos dos centros B, E, F, variando entre 50 e 70%. O valor percentual mais baixo foi no centro de saúde F, que foi até mais baixo de que a média em todos os centros, tendo ficado em 58,5%. Ressaltamos ainda que o centro de saúde F apresentou também valores elevados para profissionais não preparados (39,5%).

Figura 9: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família em relação ao preparo dos profissionais. Fortaleza, Ceará, 2007



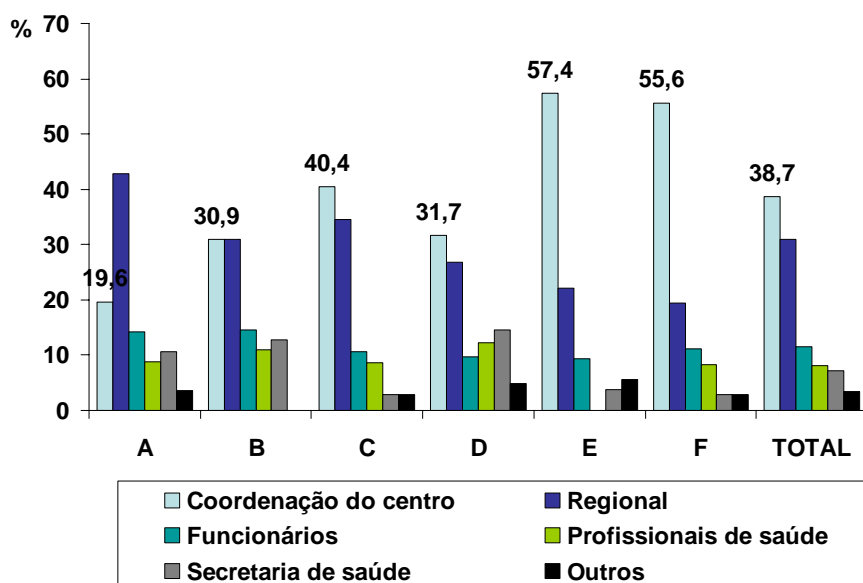
No que diz respeito à satisfação dos usuários em relação à organização dos centros de saúde da família, pode-se observar uma elevação nos valores percentuais de insatisfação, quando comparados com a opinião de satisfação do atendimento, que apresentou valores mais baixos. Os centros de saúde (B, C e D) apresentaram valores percentuais acima de 30%, ultrapassando os valores da média em todos os centros de saúde.

Figura 10: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família quanto à satisfação do modo de organização do serviço. Fortaleza, Ceará, 2007



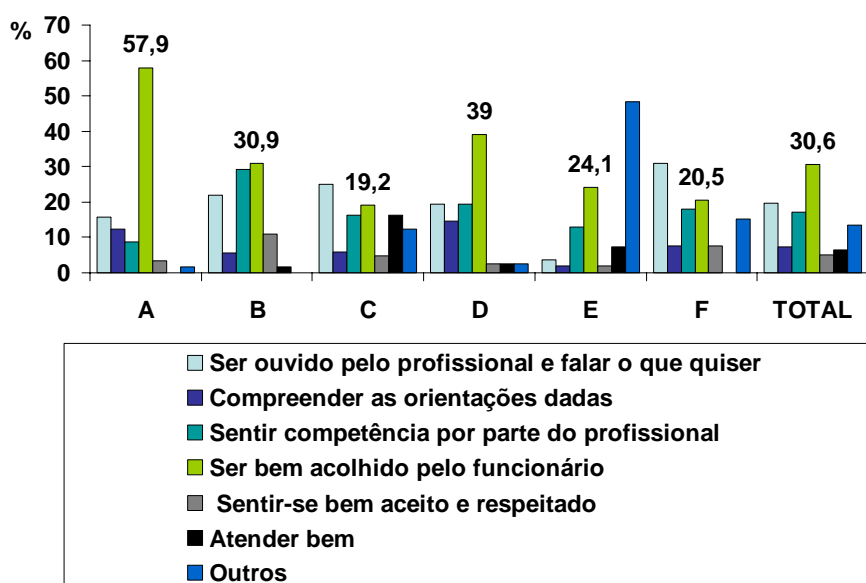
Verificou-se, na Figura 11, que dois centros de saúde da família (E e F) apresentaram valores maiores do que 50% em relação a responsabilidade pela qualidade do serviço. Embora os usuários do centro de saúde A tenham identificado que a Regional é a responsável por essa qualidade.

Figura 11: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família quanto à responsabilidade pela qualidade do serviço. Fortaleza, Ceará, 2007



No que se refere à opinião dos usuários com relação ao que consideram mais importante no serviço, verificou-se que os usuários de todos os centros de saúde da família reconhecem serem bem acolhidos pelo funcionário (30,6%), sendo este o item mais ressaltado na qualidade do serviço.

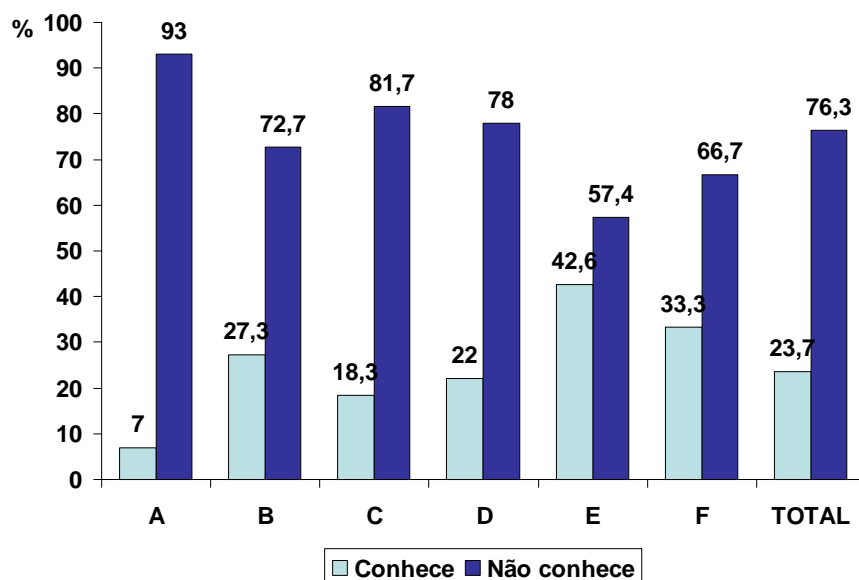
Figura 12: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família quanto ao que consideram mais importante no serviço. Fortaleza, Ceará, 2007



6.3 Informações sobre gestão nos centros de saúde da família segundo à visão dos usuários

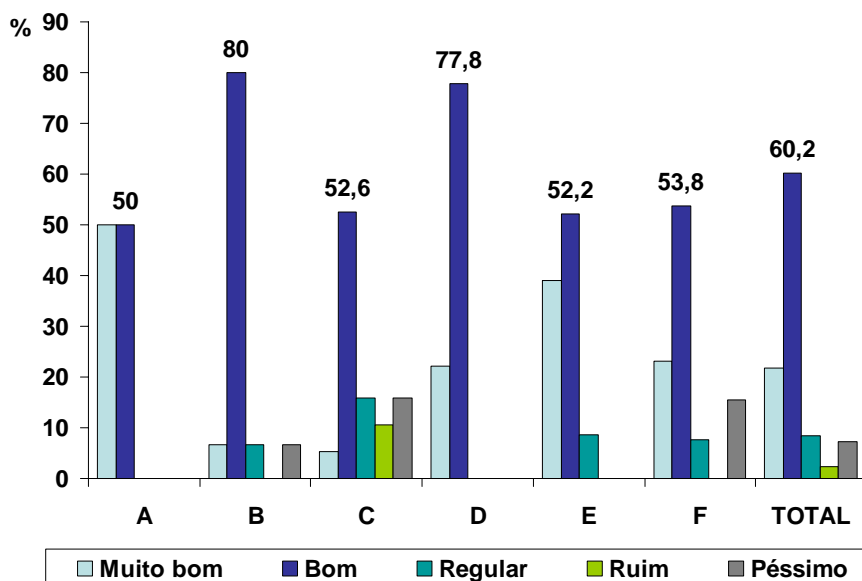
Verifica-se na Figura 13 que, em todos os centros de saúde, os usuários desconhecem as tarefas rotineiras dos coordenadores das respectivas unidades. Em alguns centros, esse valor não chega a 10%. Mesmo assim, como se vê nas Figuras 14 e 15, a presença da coordenadora é relevante, pois ela necessariamente faz a mediação entre usuários e serviços, entre usuários e profissionais de saúde e, ainda, entre o CSF e os órgãos superiores.

Figura 13: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família em relação ao conhecimento do trabalho da coordenação. Fortaleza, Ceará, 2007



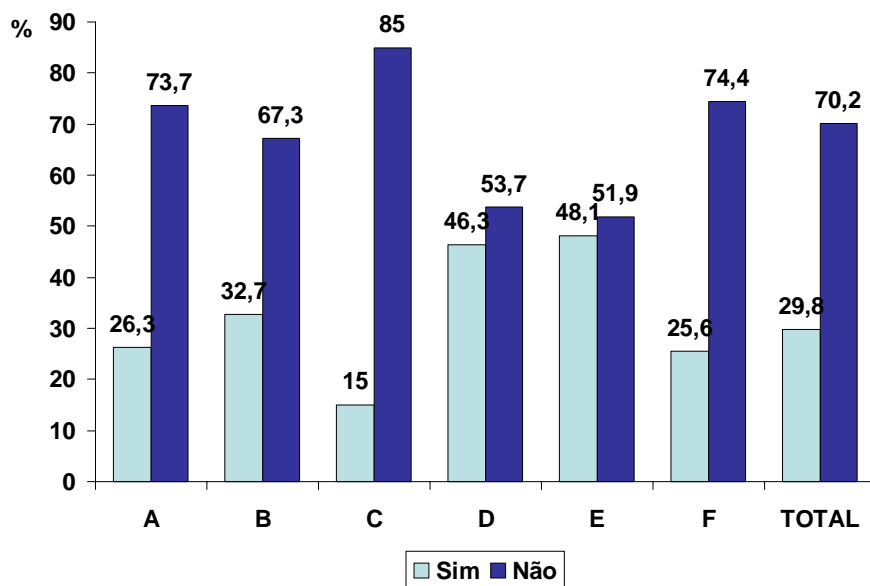
Diante do resultado anterior quanto ao desconhecimento do usuário em relação ao trabalho dos coordenadores, verificamos que os usuários atribuíram valor elevado (muito bom/bom) para as atividades desenvolvidas pelos coordenadores dos centros de saúde. Isto pode confirmar a importância dos coordenadores na condução dos pleitos, em termos de agilidade no pedido de exames, na lida com a fila eletrônica do sistema ou na resolução de pedidos dos usuários. Isto verificamos nas visitas de campo, o que traduz uma carga de trabalho intensa por parte dos que estão na coordenação da unidade.

Figura 14: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família em relação à avaliação do trabalho da coordenação. Fortaleza, Ceará, 2007



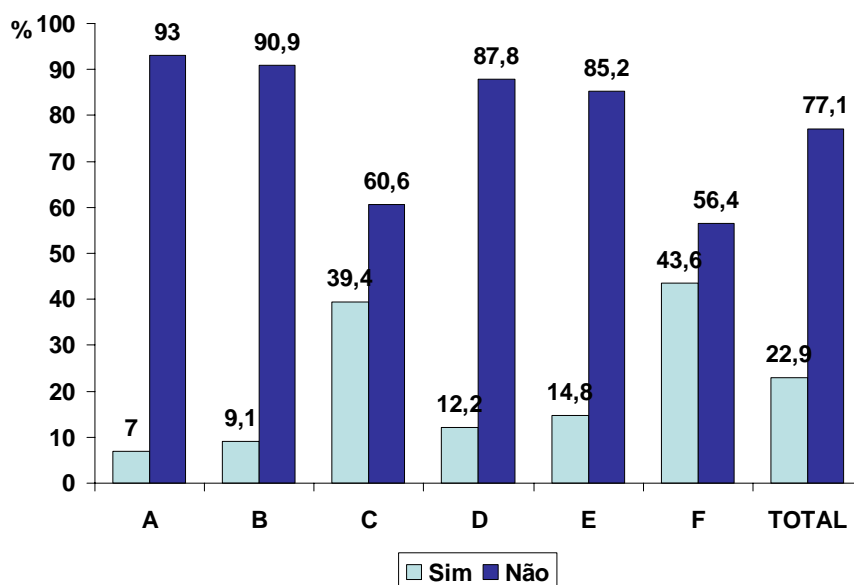
Por outro lado, os usuários reconhecem ter dificuldade para entrar em contato com a coordenação dos centros de saúde. Em todas as unidades, o número de respostas que apontam não ter facilidade é significativo, ultrapassando 70% na média das opiniões.

Figura 15: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família quanto à facilidade de contato com a coordenação. Fortaleza, Ceará, 2007



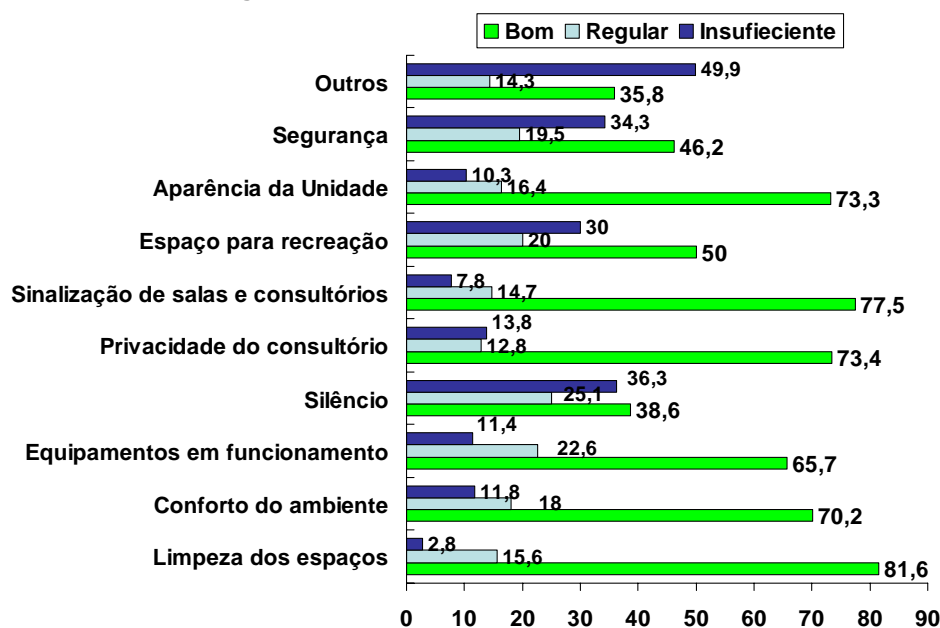
No que se refere às visitas das equipes saúde da família aos domicílios dos usuários, verificou-se neste estudo a indicação de um percentual muito baixo de visitas domiciliares, segundo os usuários. Na estratificação de acordo com os centros de saúde, pode-se observar uma distribuição bastante desigual quanto às visitas domiciliares. Embora isto aconteça, o número de respostas satisfeitas com as visitas chega a 100% nos centros onde efetivamente elas ocorrem.

Figura 16: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família quanto ao acompanhamento da equipe saúde da família. Fortaleza, Ceará, 2007



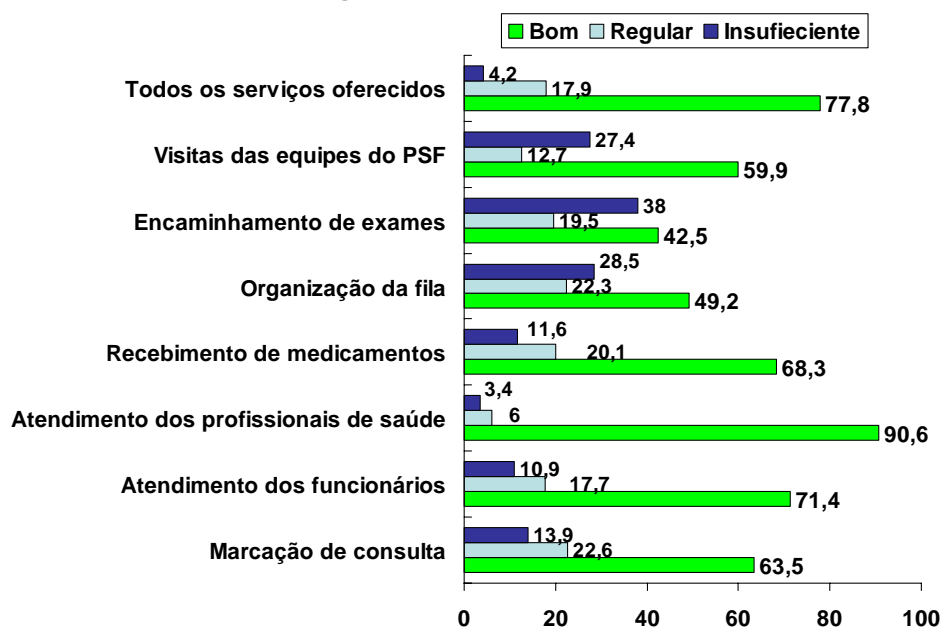
Os indicadores de infra-estrutura definidos neste estudo foram os seguintes: segurança, aparência da unidade, espaço para recreação, sinalização de salas e consultórios, privacidade do consultório, silêncio, equipamentos em funcionamento, conforto do ambiente e limpeza dos ambientes. O que se tem como opinião dos usuários é um número de respostas “bom” para esses critérios de infra-estrutura, embora os itens silêncio e segurança não cheguem a 50% das respostas dos usuários.

Figura 17: Avaliação da infra-estrutura dos centros de saúde da família segundo os usuários. Fortaleza, Ceará, 2007



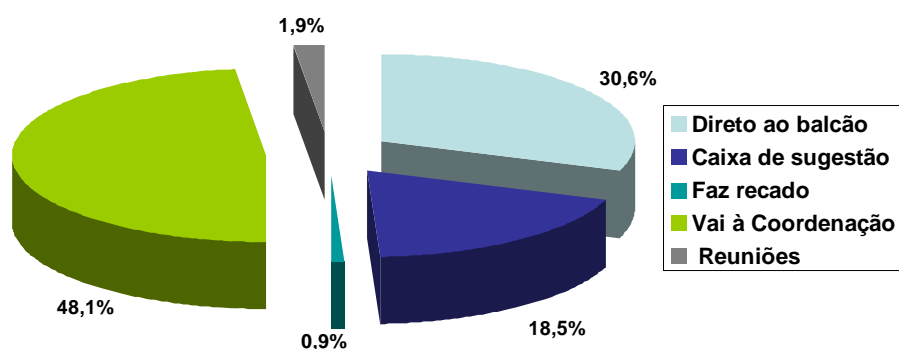
Na Figura 18, foram analisados os indicadores de qualidade dos serviços como visitas das equipes do PSF, encaminhamento de exames, organização da fila, recebimento de medicamentos, atendimento dos profissionais de saúde, atendimento dos funcionários e marcação de consulta. Os critérios de avaliação para esses itens apresentam baixa nos valores percentuais, quando comparados aos da infra-estrutura; no entanto, esses indicadores traduzem uma percepção da qualidade no atendimento, nos quais consta que indicadores como encaminhamento de exames e organização da fila apresentam um número de respostas regular e insuficiente, ultrapassando 50%.

Figura 18: Avaliação da qualidade dos serviços oferecidos nos centros de saúde da família segundo os usuários. Fortaleza, Ceará, 2007



Por sua vez, os meios de informação disponíveis mais usados pelos usuários são: contato direto com a coordenação (48,1%), direto ao balcão (30,6%), caixa de sugestão (18,5%) e reuniões e outros (2,8%).

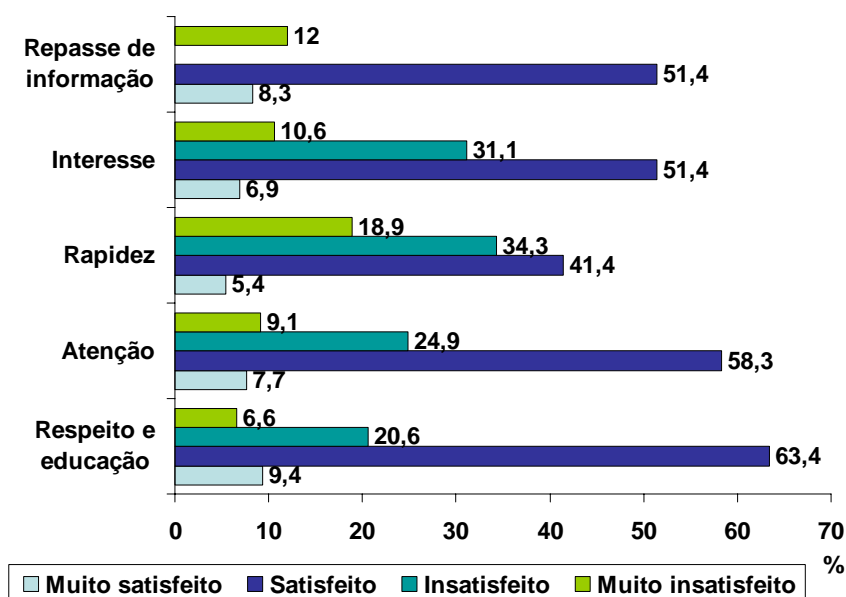
Figura 19: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família sobre os meios de informações disponíveis. Fortaleza, Ceará, 2007



6.4 Cuidado humanizado nos centros de saúde da família, segundo à visão dos usuários

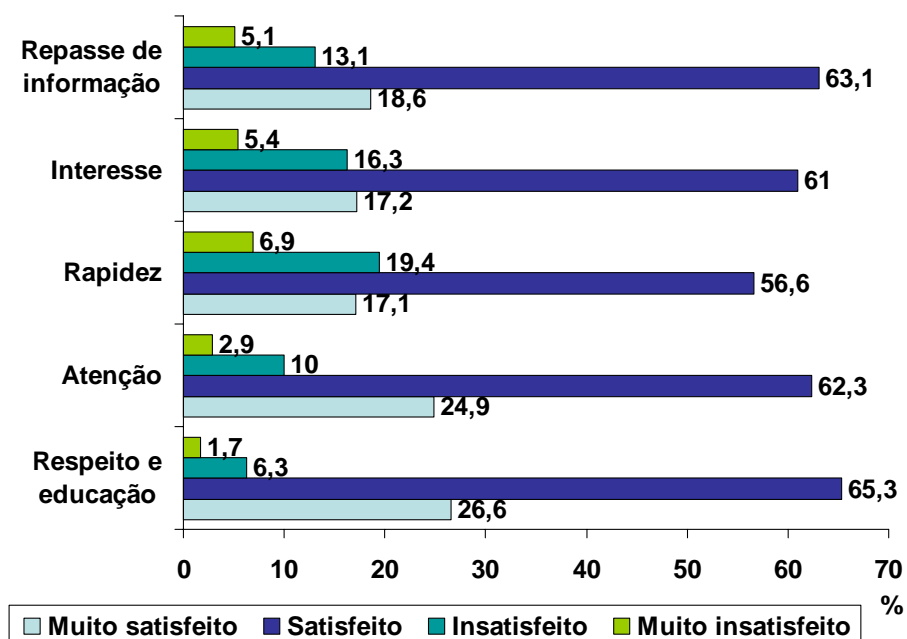
A Figura 20 apresenta a opinião dos usuários sobre o cuidado humanizado. Os resultados encontrados reforçam a noção de que o cuidado humanizado está ligado com a atenção (58,3%), respeito e educação (63,4%), manifestados pelos funcionários.

Figura 20: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família sobre cuidado humanizado dos funcionários. Fortaleza, Ceará, 2007



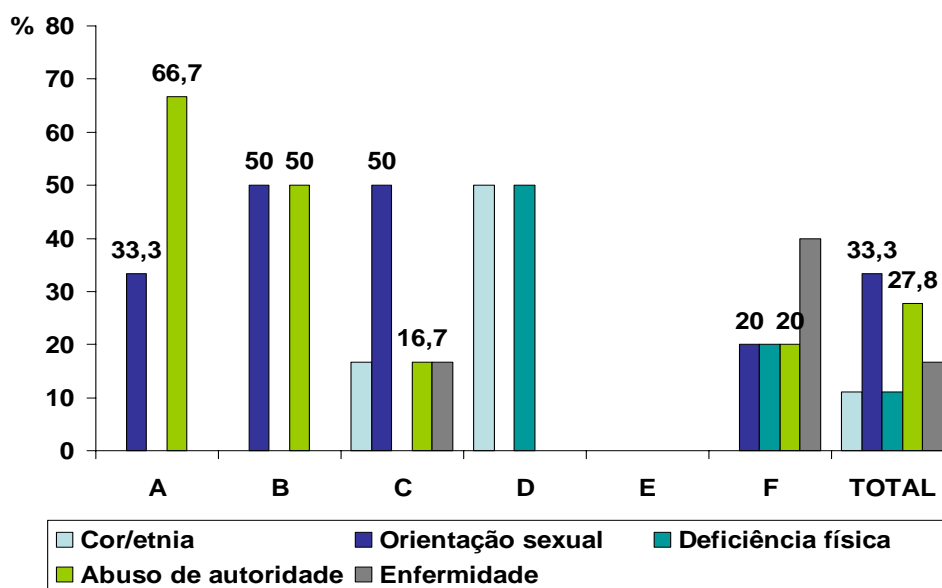
A Figura 21 apresenta a opinião dos usuários sobre o cuidado humanizado em relação aos profissionais de saúde. Neste caso, os resultados encontrados reforçam a idéia de que o cuidado está ligado à atenção (62,3%) e ao respeito e educação (65,3%) dos profissionais de saúde.

Figura 21: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família sobre o cuidado humanizado dos profissionais de saúde. Fortaleza, Ceará, 2007



A Figura 22 apresenta a opinião dos usuários sobre o tipo de discriminação no serviço de saúde. Em quase todos os CSFs, foi indicada a ocorrência de algum tipo de discriminação, tendo sido destacados abuso de autoridade, orientação sexual, cor/etnia, enfermidade e deficiência física.

Figura 22: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família sobre o tipo de discriminação no serviço. Fortaleza, Ceará, 2007



Finalmente, algumas conclusões de ordem geral com base na análise dos dados quantitativos podem ser obtidas:

- a satisfação do usuário está diretamente ligada praticamente ao atendimento médico, independentemente da localização ou dos recursos disponíveis pelo centro de saúde da família;
- a idéia de cuidado humanizado e satisfação do usuário está vinculada ao acolhimento dos funcionários e dos profissionais de saúde;
- a opinião do usuário quanto à qualidade dos serviços e do trabalho dos servidores é muito importante para intensificar o processo de humanização nos centros de saúde da família; e
- o cuidado humanizado, na perspectiva do usuário, está qualificado pela atenção, respeito e educação, da parte de funcionários administrativos e de saúde, o que confirma o desejo por um relacionamento médico/paciente sensível e humano.

7 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A seguir apresentamos conclusões deste estudo, organizadas conforme os objetivos definidos, e algumas recomendações para eventuais intervenções por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:

Fundamentos teóricos da humanização

A humanização constitui um processo de resgate do humano nas práticas de saúde, sendo também um compromisso ético de aprimoramento do SUS;

o Humaniza SUS prioriza princípios humanistas, ao se propor ampliar a participação social, as relações interpessoais e o cuidado integral;

direcionamentos da política local de humanização se inspiram nos princípios teóricos da política nacional; e

o tripé humanização, cuidado e integralidade constitui base desta política nacional.

Formação de RH da Secretaria de Saúde de Fortaleza e a prática da PNH

A PNH na rede municipal de Fortaleza constitui ação complexa envolvendo elementos subjetivos, materiais, financeiros, gerenciais e políticos;

aspectos materiais e financeiros dependem de vontade política, prioridade para a saúde e gestão dos recursos públicos;

os elementos subjetivos da humanização constituem fatores decisivos – e também mais desafiantes - para o desenvolvimento da PNH, no que se refere à política de pessoal;

a estratégia adotada de adesão voluntária às atividades de humanização favorece a gestão participativa e a transformação das subjetividades, ainda que seja um processo de engajamento progressivo e não imediato.

Impacto da Política local de humanização nos Centros de saúde da família

Ações para a humanização (cursos, eventos, reuniões, formação de agentes multiplicadores) contam com uma adesão progressiva de servidores e usuários, mas dependem de transformações pessoais e confiança no processo;

a humanização na Atenção Básica instaura processo que depende fortemente das lideranças nos CSFs, sobretudo das coordenações;

a estratégia de recursos humanos da PMF apresenta-se inovadora no item humanização, alinhando-se às orientações nacionais e estaduais, o que cria expectativas crescentes nos servidores quanto a melhorias gerais de sua condição de trabalho; e

a PNH local exige uma ação continuada, articulando gestores, servidores e usuários, para se ter uma transformação das práticas de saúde.

Percepção dos usuários sobre a humanização nos serviços dos CSFs

A satisfação dos usuários merece um estudo mais detalhado, pois agrega diversos ingredientes subjetivos e diferenças nos dados coletados;

o cuidado humanizado, na perspectiva do usuário, está qualificado pela atenção, respeito e educação, por parte dos servidores, o que reivindica um relacionamento médico/paciente sensível e humano.

Obstáculos à PNH nas rotinas de trabalho observadas

Limitações orçamentárias, de política de pessoal e gestão constituem problemas para o avanço da humanização;

condições de infra-estrutura, certamente, importam, mas não garantem sozinhas a humanização da atenção e da gestão, uma vez que os elementos subjetivos (motivação, participação, protagonismo) são neste caso indispensáveis;

dificuldades de interlocução com lideranças comunitárias e interferências de agentes privados/religiosos na construção coletiva são apontados como causas de desmobilização;

representantes dos conselhos locais de saúde, sobretudo usuários, não participam ou participam de forma tímida, dos espaços de discussão e de avaliação das ações desenvolvidas;

cooperação interdisciplinar e multiprofissional, no interior dos CSFs, encontram obstáculos nas diferenças de competência técnica, rendimento e de hierarquia entre os servidores.

Algumas recomendações

Parcerias externas (igrejas, associações de moradores, universidades, conselhos comunitários) podem facilitar o engajamento da sociedade civil e dos servidores na gestão participativa do CSF;

valorização das práticas comunitárias em saúde e fortalecimento do PSF se colocam como aliados na efetivação e humanização dos serviços;

avaliação permanente da política de humanização pode auxiliar nos mecanismos de competência e eficácia da atenção e da gestão;

intensificar política de capacitação dos servidores, estimulando a participação e o compromisso dos sujeitos envolvidos, afigura-se como estratégia positiva de continuidade do processo de humanização;

o cuidado humanizado visto como razão cordial (Boff, 1999) passa pelo “empoderamento” dos sujeitos, isto é: valorização, co-responsabilidade e participação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Botucatu-SP: Interface, V. 9, n. 16, set/fev, 2005.

ANDRADE, João T. Medicina alternativa e complementar: experiência, corporeidade e transformação. Salvador-BA: UFBA, Fortaleza-CE: EdUECE, 2006.

ANDRADE, João T., LOPES, Fernanda B. N. e PEREIRA, Maria C. S. Práticas não biomédicas, medicina convencional e a humanização do processo terapêutico. Relatório de pesquisa. Fortaleza: UECE, 2006.

ANDRADE, Odorico M.; BEZERRA, Roberto C. R. e BARRETO, Ivana C. H. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. Revista de Administração Pública – RAP, Rio de Janeiro, FGV, 32(2): 327-49, MAR./ABR, 2005.

AYRES, José R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, Ma. C. S. e COIMBRA JR., Carlos E.A. (Orgs.) Críticas e atuantes: Ciências Sociais e humanas em Saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARROS, André F.R. (Org.) Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil – estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BAUER, Martin W. e GASKELL, George. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático. Petrópolis-RJ: Vozes, 2002.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar – ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis-RJ: Vozes, 1999.

CAMARGO JR. e Kenneth R. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAPRARA, A. e FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cadernos de Saúde Pública, Fiocruz, vol. 15, n. 3, Rio de Janeiro, jul/set, 1999.

DAVIS-FLOYD, Robbie; ST.JOHN, Gloria. From doctor to healer: the transformative journey. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press, 1998.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México DF: La Prensa Mexicana, 1984.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da Assistência hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva [on line]. 2004, vol. 9 [cited 28 april 2005], p. 7 – 14. Available from world wide web: < <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>

DRANE, James, PESSINI, Leo. Tradução: Maria Stela Gonçalves. Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo, SP – Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2005.

MACHADO, M.F. A. S. e outros. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. In: Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO, vol 12, número 2, mar/abril, 2007.

MARTINS, Paulo H. Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria C. S. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 1996.

MINAYO, Maria C.S., ASSIS, Simone G. e SOUZA, Edinilsa R. (orgs.) Avaliação por triangulação de métodos – abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

PINHEIRO, R. e MATTOS, Ruben A. (Orgs.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, R. e MATTOS, Ruben A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, ABRASCO, 2006.

TAHARA, Ângela T.S., LUCENA, Rogéria A.P., OLIVEIRA, Ana P.P. e SANTOS, Gilmar R. Satisfação do paciente: refinamento de instrumento de avaliação de serviços de saúde. Brasília, Revista Brasileira de Enfermagem, v.50, n. 4, p. 497 – 506, out/dez, 1997.

DOCUMENTOS OFICIAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. M.S. / Secretaria de Atenção à Saúde / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Código de Direitos e Deveres do paciente – Carta do Direito e Deveres da Pessoa Hospitalizada no Sistema único de Saúde - SUS. Fortaleza, 2004a.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Código de Direitos e Deveres do paciente – reflexões a partir do cotidiano hospitalar. Fortaleza, 2006.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Manual dos Grupos de Trabalho de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde do Ceará, elaborado por Annatália Meneses de Amorim Gomes, Francisco Danuzio de Macedo Carneiro e Maria das Graças Barreto de Carvalho. Fortaleza, 2005a.

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

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. III Seminário estadual de Humanização. Fortaleza, 2005b.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. IV Seminário estadual de Humanização. Fortaleza, 2006c.

HUMANIZA SUS. Humanização: Política Nacional de Humanização. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/marco_teorico.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Orçamento participativo na Saúde. Fortaleza, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. Fortaleza Humaniza SUS – Curso de Extensão Universitária. Caderno de textos 1, Fortaleza, 2005a.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. Fortaleza Humaniza SUS – Curso de Extensão Universitária. Caderno de textos 2 / Os pacifistas, Fortaleza, 2005b.

SÍTIOS NA *INTERNET*

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS
www.saudefortaleza.ce.gov.br

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA
www.saude.ce.gov.br

Ministério da Saúde - MS
www.saude.gov.br

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS
www.opas.org.br

APÊNDICES

ROTEIROS DE ENTREVISTA COM SERVIDORES

Pesquisa Em Busca do Humano: Avaliação do HUMANIZA SUS em ações municipais de saúde em Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Unidade de Saúde _____
Regional _____ Bairro _____

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

Sexo: F () M () Idade: _____ Escolaridade: _____
Tempo de Serviço: _____
Profissão: _____ Função no Serviço: _____
Renda Individual (SM): _____
Entrevistador(a): _____ Data: ____/____/____

I – DIMENSÃO TÉCNICA

- 1.1. Como é sua rotina de trabalho? Quais as tarefas e necessidades estão presentes em seu trabalho?
- 1.2. Quais as dificuldades que você(s) encontra(m) para realizar seu trabalho nesta unidade de saúde?
- 1.3. Quais as facilidades que você(s) encontra(m) para realizar seu trabalho nesta unidade de saúde?

II – DIMENSÃO DE INFRA-ESTRUTURA

- 2.1. Como você(s) avalia(m) a comodidade das instalações desta unidade de saúde?
(Checar as categorias: Instalações Físicas, Aparência, Sinalização, Meios de Informação, Equipamentos, Nível de Ruídos, Espaços para Recreação)
- 2.2. Você(s) considera(m) agradável e bonito o lugar onde trabalha(m)? Por que?
- 2.3. Como você(s) avalia(m) a segurança nesta unidade de saúde?
- 2.4. O local da unidade de saúde é acessível para a população?

III – DIMENSÃO DA GESTÃO, PARTICIPAÇÃO E DIREITOS

- 3.1. No que diz respeito à administração, como você(s) caracteriza(m) o relacionamento junto aos trabalhadores?
- 3.2. Como você(s) avalia(m) a capacidade da administração em resolver dificuldades?
- 3.3. Como é avaliado o trabalho desenvolvido nesta unidade de saúde?
- 3.4. No que diz respeito aos colegas de trabalho, como você(s) caracteriza(m) o relacionamento?
- 3.5. Como os trabalhadores são selecionados para o exercício profissional nesta unidade de saúde?
- 3.6. Existem normas em relação aos direitos e deveres dos trabalhadores nesta unidade de saúde? Há conhecimento e debate sobre eles?
(Checar as categorias: Salário, Plano de Cargos e Carreiras, Jornada de Trabalho, Salubridade)
- 3.7. Você está satisfeito(a) com seu salário e benefícios? Justifique.
- 3.8. Existe serviço de Ouvidoria voltado para esta unidade de saúde? Como funciona?

3.9. Como você avalia a atuação do Conselho Local de saúde?

Perguntas a serem avaliadas para este bloco:

- Você já vivenciou, presenciou ou soube de alguma situação onde o direito à privacidade do trabalhador foi violado?
- Você já vivenciou, presenciou ou soube de alguma situação onde o direito à privacidade do usuário(a) foi violado?

IV – DIMENSÃO CULTURAL

- 4.1. Você já vivenciou, presenciou ou soube de alguma situação de discriminação nesta unidade de saúde? Qual?
(Espontânea)
(*Checar as categorias: Casse Social, Racial, Orientação Religiosa, Orientação Sexual*)
- 4.2. Você já presenciou ou soube de alguma situação de discriminação por causa do tipo de enfermidade do usuário nesta unidade de saúde? Citar.
- 4.3. Há algum atendimento a populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, moradores de área de risco) nesta unidade de saúde?
- 4.4. Há algum serviço especializado voltado para o atendimento à vítimas de violência nesta unidade de saúde? Como funciona?

V – DIMENSÃO DA HUMANIZAÇÃO

- 5.1. O que você compreende por trabalho humanizado?
- 5.2. O que é necessário em sua unidade de saúde para que se tenha um serviço mais humanizado?
- 5.3. Você poderia relatar alguma ação/situação de trabalho humanizado nesta unidade de saúde?
- 5.4. Existem apresentações artístico-culturais nesta unidade de saúde? Citar.

Categorias a serem trabalhadas para este bloco:

- Satisfação, Cuidado, Integridade, Qualificação (cursos), avaliação sobre a política de Humanização.

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
Grupo de pesquisa Educação e Saúde Coletiva
ROREHS / MS / OPAS / PMF

**Pesquisa: EM BUSCA DO HUMANO: AVALIAÇÃO DO HUMANIZA SUS EM AÇÕES
MUNICIPAIS DE SAÚDE**

1 – IDENTIFICAÇÃO DE CONTROLE

CÓDIGO

1)Nº de identificação	NI
2) Data da entrevista	DATA
3) Entrevistador(a)	ENTREVISTA
4) Regional	REGIONAL
5)Unidade de Saúde	USF

2 – INFORMAÇÃO GERAL DO(A) ENTREVISTADO(A)

6)Sexo: Feminino=1 () Masculino=2 ()	SEXO
7)Qual a sua idade?	IDADE
8)Em que o(a) senhor(a) trabalha?	TRABALHO
9) Qual seu estado civil? Solteiro(a) =1() Casado(a) = 2() Separado(a) = 3() Divorciado(a) = 4() Desquitado(a) = 5() Vive com o(a) companheiro(a) = 6() Viúvo(a) = 7()	CIVIL
10)Qual foi o curso mais elevado que o(a) senhor(a) completou na escola?	CURSO
11) Quantas pessoas moram em sua casa?	PEMORAM
12) Quantas pessoas trabalham?	PETRABALHO
13) Quanto é a sua renda por mês? (Caso trabalhe)	RENDAMES
14) Quanto é a renda da sua família?	RENDAFAMI

3 – DEMANDAS E QUALIDADE DOS SERVIÇOS

15) Quais os três serviços que você mais procura nesta Unidade de Saúde? Atendimento Médico=1 () Dentista=2 () Sala de Preparo (Curativos, vacina e aerosol)=3 () Farmácia=4 () Outros=5():	PROCURA
16) Que tipo de serviço você está procurando hoje?	TIPO
Caso tenha indicado o serviço, 17) O(a) Sr(a) já foi atendido(a) hoje neste serviço? Sim=1 () Não=2 ()	FOIATENDI
<i>A resposta “sim”, passe para a questão seguinte e a resposta “não” pule para questão nº 22</i>	
18) Quanto tempo levou para ser atendido neste serviço?	TEMPO
19) O(a) Sr(a) sabe o nome do profissional que lhe atendeu? Sim=1 () Não=2 () Não lembro=3 ()	NOMEPRO
20) O(a) Sr(a) considera que: Demorou muito=1 () Demorou=2 () Demorou pouco=3 () Não demorou=4 ()	ATENCON
21) Com isso o(a) Sr(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	ATENSENTE
22) Dentre os serviços abaixo, dê uma nota entre 0 e 10 quanto à <u>qualidade</u> de cada um deles:	
SERVIÇOS	Nota
Marcação de consulta	MARCACON
Atendimento dos funcionários	ATENDIFUN
Atendimento dos profissionais de saúde	ATENDIPRO
Recebimento de medicamentos	RECEBIME
Organização da fila	ORGANIZA
Encaminhamento de exames	ENCAMINA
Visitas das equipes do PSF	VISITPSF
Todos os serviços oferecidos	TODOS
23) Para o(a) Sr.(a) os profissionais que trabalham nesta Unidade de Saúde são: Muito preparados=1 () Preparados=2 () Pouco preparados=3 () Não são preparados=4 ()	PROFTRAB
24) Com relação ao <u>modo de organização</u> dos serviços desta Unidade de Saúde, o(a) Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	MODORG
25) Quem são os responsáveis pela qualidade dos serviços dessa Unidade de Saúde? Os funcionários=1 () Os profissionais de saúde=2 () A Coordenação da Unidade de Saúde=3 () A Regional da Prefeitura=4 () A Secretaria de Saúde de Fortaleza=5 () Outros=6 () : _____-	RESPQUALI

4 – INFRA-ESTRUTURA DA UNIDADE DE SAÚDE

26) Dê uma nota entre 0 e 10 quanto à infra-estrutura desta Unidade de Saúde:		
RESPONSÁVEIS	Nota	
Limpeza dos espaços		LIMPEZA
Conforto do ambiente		CONFORTO
Equipamentos em funcionamento		EQUIPFUN
Silêncio		SILENCIO
Privacidade do consultório		PRIVACI
Sinalização de salas e consultórios		SINALIZA
Espaço para recreação		ESPACO
Aparência da Unidade		BOAPARE
Segurança		SEGURA
Outros: _____		OUTROS
27) O local é bem sinalizado para o(a) Sr.(a) encontrar o serviço que procurou? Sim=1 () Não=2 () Não percebi=3 ()		BEMSINAL

5 – GESTÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

28) O(a) Sr.(a) conhece o trabalho da Coordenação desta Unidade de Saúde? Sim=1 () Não=2 () Não sei=3 ()	CONHECE
29) Se sim , o trabalho da Coordenação desta Unidade pode ser considerado: Muito bom=1 () Bom=2 () Regular=3 () Ruim=4 () Péssimo=5 ()	TRABACON
30) O(a) Sr.(a) tem facilidade de contato direto com a Coordenação desta Unidade de Saúde para dar <u>opiniões ou fazer reclamações</u> ? () Não sei=3 () Sim=1 () Não=2	CONTATO
31) O(a) Sr.(a) é acompanhada por alguma equipe de saúde da família? Sim=1 () Não=2 () Não sei=3 ()	
32) Se sim , o(a) Sr(a) está satisfeito com o trabalho dessa equipe de Saúde da Família? Sim=1 () Não=2 () Não sei=3 ()	SATISFE
33) Se sim , dê uma nota entre 0 e 10 para esta equipe:	NOTAGE

6 – RELACIONAMENTO E PARTICIPAÇÃO

34) Esta Unidade de Saúde oferece serviços para que <i>reclamações e dúvidas</i> sejam informadas? Sim=1 () Não=2 () Não sei=3 ()	INFORMA
35) Se sim , como o Sr.(a) faz? Direto no balcão=1 () Caixa de sugestão=2 () Faz recado=3 () Outro=4 () _____	COMINF
36) Quando o(a) Sr(a) buscou informações sobre os serviços o que sentiu? Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	BUSCA

37) O(a) Sr(a) conhece alguma atividade desenvolvida aqui com a participação da comunidade? Sim=1 () Não=2 () Não sei=3 ()	CONHECO
38) Se sim , qual(is)?	SCONHEC
39) O(a) Sr(a) participa de alguma das atividades? Sim=1 () Não=2 () Não sei=3 ()	PARTICIP
40) Se sim , qual(is)?	SPARTICI

7 – CUIDADO HUMANIZADO

41) Em relação ao <u>respeito e educação</u> por parte dos funcionários, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	FRESPEDU
42) Em relação à <u>atenção</u> por parte dos funcionários, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	FATENCA O
43) Em relação à <u>rapidez</u> por parte dos funcionários, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	FRAPIDEZ
44) Em relação ao <u>interesse</u> por parte dos funcionários, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	FINTERES
45) Em relação ao <u>repasso de informações</u> por parte dos funcionários, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	FREINFOR
46) Em relação ao <u>respeito e educação</u> por parte dos profissionais de saúde, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	PSRESPED U
47) Em relação à <u>atenção</u> por parte dos profissionais de saúde, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	PSATENC AO
48) Em relação à <u>rapidez</u> por parte dos profissionais de saúde, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	PSRAPIDE Z
49) Em relação ao <u>interesse</u> por parte dos profissionais de saúde, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	PSINTERE S
50) Em relação ao <u>repasso de informações</u> por parte dos profissionais de saúde, o Sr.(a) se sente: Muito satisfeito=1 () Satisfeito=2 () Pouco Satisfeito=3 () Insatisfeito=4 ()	PSREINFO R
51) O(a) Sr.(a) já sofreu algum tipo de discriminação e/ou preconceito nesta Unidade de Saúde? Sim=1 () Não=2 () Não lembro=3 ()	DISCPREC
52) Se sim, qual o tipo? Enfermidade=1 () Cor/etnia=2 () Situação financeira=3 () Orientação sexual=4 () Outros=5 (): _____	SIMDISCP REC
53) O que o (a) Sr.(a) acha <u>importante</u> no atendimento do profissional de saúde? Ser ouvido pelo profissional e falar o que quiser=1 () Compreender as orientações dadas=2 () Sentir competência por parte do profissional=3 () Ser bem acolhido pelo profissional=4 () Sentir-se bem aceito=5 () Outro=6 (): _____	IMPROFIS

ANEXOS

Termo de consentimento

Carta de autorização da Secretaria de Saúde de Fortaleza

Parecer do Conselho de Ética da UECE

Folha de rosto do CONEP