



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE ENFERMAGEM

CAMILA TODESCATTO GEREMIA

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO POR
EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS**

CHAPECÓ

2019

CAMILA TODESCATTO GEREMIA

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO POR
EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido no Componente Curricular Trabalho de Conclusão de Curso II, e apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Esp. Odila Migliorini da Silva
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Valéria Silvana Faganello
Madureira

CHAPECÓ

2019

Geremia, Camila Todescatto

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO POR EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: : PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS / Camila Todescatto Geremia. -- 2019.

103 f.

Orientadora: Especialista Odila Migliorini da Silva.

Co-orientador: Doutora Valéria Silvana Faganello
Madureira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Enfermagem, Chapecó, SC , 2019.

1. Política Pública. 2. Humanização da Assistência.
3. Enfermeiras e Enfermeiros. 4. Estratégia Saúde da
Família. I. Silva, Odila Migliorini da, orient. II.
Madureira, Valéria Silvana Faganello, co-orient. III.
Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

CAMILA TODESCATTO GEREMIA

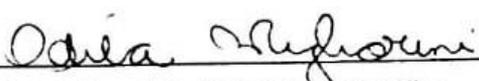
**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO POR EQUIPES
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Curso de Graduação apresentado como requisito para obtenção de grau em Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó.

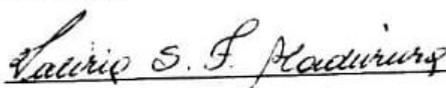
Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

03/12/15

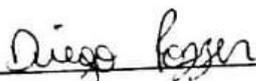
BANCA EXAMINADORA:



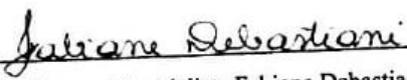
Professora Especialista Odila Migliorini da Silva
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Orientadora



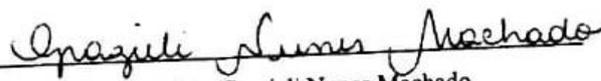
Valeria Silvana Faganello Silveira
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Coorientadora



Enfermeiro Diego Pozzer
Coordenador do Centro de Saúde da Família Santo Antônio/Chapecó
1º Membro da Banca



Professora Especialista Fabiane Debastiane
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
2º Membro da Banca



Professora Especialista Grazieli Nunes Machado
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS
Suplente

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Gustav Jung (s.d)

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO POR EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS

Discente: CAMILA TODESCATTO GEREMIA

Orientadora: ODILA MIGLIORINI DA SILVA

Coorientadora: VALÉRIA SILVANA FAGANELLO MADUREIRA

RESUMO: A Política Nacional de Humanização (PNH) surge com o intuito de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano da atenção e da gestão, visando incentivar o compartilhamento solidário entre gestores, trabalhadores e usuários, rompendo as relações hierárquicas e de poder que produzem práticas desumanizadas, proporcionando novas formas de cuidado e de organização do trabalho, orientadas conforme as suas diretrizes. Assim, inclui gestores, trabalhadores e usuários nos processos de trabalho e produção de saúde. Neste contexto, os processos de trabalho, bem como as relações entre a equipe multiprofissional, são particularmente importantes para os enfermeiros, já que este profissional ocupa espaço de liderança da equipe, contribuindo para que as relações interpessoais sejam mais saudáveis, respeitadas, humanizadas e éticas. O objetivo geral deste estudo é compreender como os enfermeiros percebem a implementação da Política Nacional de Humanização pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, a partir das suas diretrizes. Foram entrevistados 11 enfermeiros (as) de sete dos nove Centros de Saúde da Família (CSF) em que a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) exerce suas atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão. A análise das informações ocorreu por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa técnica permite agregar depoimentos de uma coletividade, extraindo as Ideias Centrais (IC) e Expressões Chave (ECH), que compõem um ou vários discursos-síntese. A análise fez emergir ECH relacionadas com 26 IC, originando 26 DSC e estes fixados dentro de 6 grandes temas: Acolhimento; Gestão Participativa e Cogestão; Ambiência; Clínica Ampliada e Compartilhada; Valorização dos Trabalhadores da Saúde e Defesa dos Direitos dos Usuários. A compreensão acerca das diretrizes da PNH nos CSF contribui para a melhoria da assistência e gerência, pois as relações de trabalho impactam de forma negativa ou positiva no funcionamento dos serviços de saúde, intervindo na vinculação, acolhimento e responsabilização dos gestores, profissionais e usuário.

Palavras-Chave: Política Pública. Humanização da Assistência. Enfermeiras e Enfermeiros. Estratégia Saúde da Família.

**IMPLEMENTATION OF NATIONAL HUMANIZATION POLICY BY TEAMS OF
THE FAMILY HEALTH STRATEGY:
PERCEPTION OF NURSES**

Student: CAMILA TODESCATTO GEREMIA

Advisor: ODILA MIGLIORINI DA SILVA

Coordinator: VALÉRIA SILVANA FAGANELLO MATUREIRA

ABSTRACT: The National Policy of Humanization (PNH) arises with the purpose of implementing the principles of the Unified Health System (SUS) in the daily attention and management, aiming to encourage the solidary sharing between managers, workers and users, breaking hierarchical and social relations. power that produce dehumanized practices, providing new forms of care and work organization, oriented according to its guidelines. Thus, it includes managers, workers and users in the work processes and health production. In this context, the work processes, as well as the relationships between the multiprofessional team, are particularly important for nurses, as this professional occupies the leadership space of the team, contributing to the interpersonal relationships to be healthier, more respectful, humanized and ethical. . The general objective of this study is to understand how nurses perceive the implementation of the National Humanization Policy by the Family Health Strategy teams, based on their guidelines. Eleven nurses from seven of the nine Family Health Centers (CSF) in which the Federal University of Fronteira Sul (UFFS) performs its Teaching, Research and Extension activities were interviewed. The analysis of the information took place through the Collective Subject Discourse (CSD). This technique allows the aggregation of statements from a collective, extracting the Central Ideas (CI) and Key Expressions (ECH), which will compose one or several synthesis discourses. The analysis led to the emergence of ECH related to 26 CI, originating 26 CSD and these were set within 6 major themes: Participatory Management and Co-management; Ambience; Expanded and Shared Clinic; Appreciation of Health Workers and Defense of User Rights. Understanding about the guidelines of PNH in the CSF contributes to the improvement of care and management, as work relationships negatively or positively impact the functioning of health services, intervening in the attachment, reception and accountability of managers, professionals and users.

Keywords: Public Policy. Humanization of Assistance. Nurses. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

AC: Ancoragem

APS: Atenção Primária à Saúde

ATP: Atividade Teórico-Prática

CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CSF: Centro de Saúde da Família

DSC: Discurso do Sujeito Coletivo

ECH: Expressão Chave

ESF: Estratégia Saúde da Família

eSF: equipe de Saúde da Família

HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização

IC: Ideia Central

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

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

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNH: Política Nacional de Humanização

PSF: Programa Saúde da Família

RAS: Rede de Atenção à Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFFS: Universidade Federal da Fronteira Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
1.1. OBJETIVOS	5
1.1.1. Objetivo geral	5
1.1.2. Objetivos específicos	5
2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	7
3 ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	11
4 METODOLOGIA	15
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	15
4.2 CAMPO DO ESTUDO.....	15
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	16
4.4 COLETA DE DADOS.....	16
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	17
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	19
4.7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	21
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES	22
5.1 DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	22
5.1.1 TEMA 1: Acolhimento	22
5.1.2 TEMA 2: Gestão participativa e cogestão.....	32
5.1.3 TEMA 3: Ambiência.....	40
5.1.4 TEMA 4: Clínica ampliada e compartilhada.....	48
5.1.5 TEMA 5: Valorização dos trabalhadores da saúde.....	52
5.1.6 TEMA 6: Defesa dos direitos dos usuários.....	61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	77

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	78
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 009-001/2019 DE 11 DE JUHO DE 2019	81
ANEXO B – DECLARAÇÕES DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	82
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 3.360.479 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL	91
ANEXO D – RESUMO INTITULADO “DIREITOS DOS USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”APRESENTADO NO IX SEPE/UFS	94

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS) e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tal Política surge com o intuito de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano da atenção e da gestão. Ademais, essa política visa incentivar o compartilhamento solidário entre gestores, trabalhadores e usuários, rompendo as relações hierárquicas e de poder que produzem práticas desumanizadas, proporcionando novas formas de cuidado e de organização do trabalho (BRASIL, 2013).

Também chamada de HumanizaSUS, a PNH, surge da junção de três objetivos principais: enfrentar os desafios da qualidade e dignidade no cuidado em saúde da população brasileira; reorganizar a humanização do SUS; e suprir os problemas de gestão em saúde (BRASIL, 2010). Essa política, reinventa os modos de gerir e cuidar, e tem como diretrizes o acolhimento, a gestão participativa e a cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos do usuário. Estas diretrizes apoiam-se em três princípios: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2012).

Atuando de forma transversal, a PNH deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS, bem como na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A PNAB objetiva organizar a Atenção Básica de Saúde instituindo a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), bem como destacar a posição da Atenção Básica como porta de entrada para os usuários e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa política define a equipe multiprofissional que atuará na ESF e determina a lista de atribuições comuns e específicas a estes profissionais, que devem realizar um trabalho interdisciplinar e multidisciplinar, integrando as diferentes formações (BRASIL, 2012).

Ao encontro disso, a PNH afirma que o reconhecimento dos diferentes saberes em saúde, agregados às experiências do sujeito assistido, podem gerar formas mais corresponsáveis de saúde, ou seja, ao mesmo tempo em que a PNH reconhece os desafios do sistema público de saúde, aposta em um “SUS que dá certo”, planejado a partir das experiências de trabalhadores, equipes, gestores e usuários de todo território brasileiro e que superam os desafios. Assim, a humanização da saúde não se trata apenas da urgência de criação de novas propostas, mas da valorização das experiências do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão da saúde

(PASHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). Por isso, a PNH inclui gestores, trabalhadores e usuários nos processos de trabalho e produção de saúde (BRASIL, 2013).

No entanto, Rezende (2014) destaca que a humanização está enfatizada na figura usuário/cliente/paciente e família, e pouco voltada ao sujeito-trabalhador e a sua relação com a equipe. A humanização não deve estar centralizada somente na assistência prestada ao usuário, mas também nas relações entre os trabalhadores de saúde. Para que o profissional acolha e respeite, é necessário que ele se sinta acolhido e respeitado por toda a equipe multidisciplinar.

Conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização, a participação dos trabalhadores da saúde não se restringe apenas à ação no campo do cuidado. Valorizá-los é incluí-los na construção de estratégias para superar os problemas. Assim, a PNH se apresenta como um importante marco de referência para a construção de práticas de saúde que considerem as diferenças e efetivamente respeitem suas necessidades baseadas nas singularidades (PASHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Para Pashe, Passos e Hennington (2011) a Política Nacional de Humanização investe na reforma do Sistema Único de Saúde (SUS), pois revê as práticas de saúde, analisando as instituições, no intuito de formar o novo, alterando aquilo que já está sólido e estagnado. Diante dos aspectos éticos, políticos, financeiros e organizacionais do sistema de saúde público e gratuito brasileiro, surge o debate sobre a humanização e a qualidade dos serviços de atenção à saúde. Neste sentido, humanizar a atenção e gestão do SUS vem ao encontro dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira, pois surge a necessidade de problematizar as práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores, equipes, gestores e usuários no cotidiano.

No contexto de trabalho da enfermagem, o processo de humanização exige atenção, pois estes profissionais vivenciam situações árduas no ambiente de trabalho, como remuneração precária, desvalorização da profissão e do trabalhador, e sentimento de impotência frente à estrutura hierárquica (REZENDE, 2014). Em contrapartida, os processos de trabalho das ESF, bem como as relações entre a equipe multiprofissional, são particularmente importantes para os enfermeiros, pois este profissional ocupa espaço de liderança da equipe, contribuindo para que as relações interpessoais sejam mais saudáveis, respeitadas, humanizadas e éticas (BRASIL, 2012; PERUZZO et al., 2018).

Assim, a partir de experiências adquiridas durante as Atividades Teórico-Práticas (ATP) no decorrer do Curso de Graduação em Enfermagem – UFFS, das vivências em meio as necessidades dos usuários e realidade da equipe multiprofissional, e das ações, condutas e serviços ofertados nos nove Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Chapecó/SC,

em que a Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó e seus cursos exercem seus trabalhos, provém a inquietação deste trabalho.

Tal estudo justifica-se, pois oportuniza que os enfermeiros das Estratégias Saúde da Família possam refletir sobre a humanização nas relações de trabalho nesse espaço, já que tais percepções correlacionam-se ao desafio de reestruturar as ações da Atenção Básica, implicam nos processos de trabalho da equipe multiprofissional, refletem nos modos de gerir e cuidar, e nos processos coletivos de gestão e produção de saúde (BRASIL, 2012). Surge, assim, a indagação que norteará esta pesquisa: qual a percepção dos enfermeiros sobre a implementação da Política Nacional de Humanização pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, a partir do estudo das suas diretrizes?

Assim, os resultados deste trabalho fomentarão as lacunas de pesquisas nessa área, ampliando o foco da humanização, atualmente centrada entre profissionais e usuários, para as relações entre a equipe multiprofissional de saúde. No ensino, este estudo contribuirá para qualificação dos profissionais da Enfermagem, pois instigará a discussão sobre a temática humanização, contribuindo significativamente para a formação de profissionais críticos e reflexivos, qualificados para trabalhar com a PNH nos serviços de saúde, melhorando, dessa forma, a assistência e gerência dos serviços e o acolhimento dos usuários e família.

Ademais, este estudo servirá como pilar para o planejamento municipal de saúde para o ano de 2020, pois a compreensão acerca das diretrizes da Política Nacional de Humanização contribuirá para a melhoria da assistência e gerência, já que as relações de trabalho impactam de forma negativa ou positiva no funcionamento dos serviços de saúde, intervindo na vinculação, acolhimento e responsabilização dos gestores, profissionais e usuário.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo geral

- Compreender como os enfermeiros percebem a implementação da Política Nacional de Humanização pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, a partir das suas diretrizes.

1.1.2. Objetivos específicos

- Identificar como as equipes de Saúde da Família realizam o acolhimento em seu cotidiano de trabalho.

- Evidenciar como as equipes de Saúde da Família operacionalizam a gestão participativa e a cogestão nos serviços de saúde.
- Identificar como os enfermeiros dos Centros de Saúde da Família compreendem o conceito de ambiência.
- Investigar a efetividade do compartilhamento de informações pela clínica ampliada.
- Identificar como ocorre a valorização dos trabalhadores da saúde.
- Identificar a percepção dos enfermeiros acerca da defesa dos direitos dos usuários.

2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Em vigor desde 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS visa pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nos processos de trabalho e serviços de saúde, ocasionando mudanças na gestão e assistência, a partir da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, na tentativa de inibir as práticas desumanizadoras e favorecer a corresponsabilização dos profissionais e usuários acerca das situações de saúde. Após a análise dos problemas e necessidades de cada serviço de saúde e usufruindo de experiências exitosas de humanização, são planejadas ações com intuito de inovar a maneira de fazer saúde (BRASIL, 2013).

Elaborada a partir da constatação de experiências de um “SUS que dá certo”, a PNH incita mudanças na atenção e na gestão ao desafiar os sujeitos envolvidos a pensar novos processos em saúde. Inicialmente, a PNH possuía entonação de altruísmo, generosidade e compaixão e era “romantizada” pelos pesquisadores. A partir de então, esse timbre foi substituído e tornou-se um convite para que os indivíduos envolvidos nos processos de saúde repensassem as práticas, procurando garantir os direitos dos usuários e trabalhadores, a partir da gestão participativa ou cogestão (MARTINS; LUZIO, 2017).

Incluir diferentes saberes nos processos de gestão e cuidado, construindo ações de forma coletiva, com ênfase na qualidade de vida, prevenção de agravos e promoção da saúde da população, buscando suprir as necessidades dos usuários e levando em conta as diferentes realidades e classes sociais, pode ser a tradução de humanizar (ZANFOLIM et al., 2015; BRASIL, 2012).

Participar de rodas de conversa e incentivar à participação em movimentos sociais são algumas formas, sugeridas pela PNH, de incluir trabalhadores e usuários nos processos de trabalho em saúde, pois transformam os trabalhadores em sujeitos ativos nas mudanças do serviço de saúde e corresponsabilizam indivíduos e família no próprio cuidado (BRASIL, 2012; MARTINS; LUZIO, 2017).

A Política Nacional de Humanização possui três princípios: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. A transversalidade é o ato de estar presentes em todas as políticas e programas do Ministério da Saúde. A indissociabilidade entre atenção e gestão enfatiza a participação ativa dos usuários e trabalhadores nas decisões da gestão, já que interferirão de modo direto na atenção à saúde. Em complemento a isso, o princípio do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, afirma que todo o processo decisivo

de gestão ou mudança na atenção é mais perceptível se envolverem pessoas cientes de seus direitos cidadãos e de suas responsabilidades (BRASIL, 2013).

O acolhimento, a gestão participativa e a cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos do usuário, são as seis diretrizes que norteiam o trabalho da PNH (BRASIL, 2013).

O acolhimento ocorre através da escuta qualificada ao usuário, fornecendo os serviços e as tecnologias adequadas às suas necessidades. Essa diretriz vem ao encontro da equidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde, pois garante atendimento desigual aos desiguais (BARROS; SOUSA, 2016). A gestão participativa e cogestão inclui novos indivíduos nos processos decisórios da gestão. A PNH destaca dois grupos de cogestão: “aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde” (BRASIL, 2013).

Em seu estudo, Costa, Garcia e Toledo (2016), afirmam que o acolhimento não está presente no cotidiano do trabalho dos enfermeiros e é um instrumento descartado no cuidado de enfermagem. Os atendimentos de enfermagem são focados apenas na queixa física do paciente, sem considerar a complexidade do ser humano. O enfermeiro, como prestador de cuidados ao usuário, deve ofertar assistência humana ao paciente, despidendo-se da mecanicidade e levando em consideração o contexto histórico e social do indivíduo, suprindo suas necessidades de forma integral. O ato de valorizar o indivíduo como ser humano, torna os sujeitos corresponsáveis pela sua saúde e agentes ativos no processo saúde-doença.

Costa, Garcia e Toledo (2016), afirmam que a escuta qualificada das necessidades do usuário é uma das ferramentas utilizadas pelos enfermeiros durante o acolhimento do usuário no serviço de saúde, e é por meio dela que se modifica a assistência. A formação de vínculos e a garantia do acesso aos serviços de saúde à população, também são formas de acolher os sujeitos e garantir a participação deles no cuidado. Assim, é evidente que o uso das tecnologias leves torna as relações humanas como centro da prática da enfermagem, pois considera o indivíduo no processo de cuidado, e não a doença.

A ambiência teve origem no século XIX na Inglaterra com a teórica ambientalista, Florence Nightingale. Essa diretriz refere-se à elaboração de projetos arquitetônicos acolhedores e confortáveis, com espaços físicos que propiciem o encontro entre as pessoas. Da mesma forma, Nightingale acreditava que um ambiente saudável facilitava a recuperação dos doentes (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015). Sozinha, essa diretriz não altera os processos de trabalho. Além de um ambiente saudável e acolhedor, repleto de cores, luzes, texturas, sons

e cheiros, deve-se prestar assistência resolutiva e humana ao usuário do serviço de saúde. Essa diretriz é uma facilitadora do processo de trabalho (BESTETTI, 2014).

A clínica ampliada e compartilhada é uma ferramenta que considera o adoecimento a partir da singularidade do sujeito. Ocorre por meio do diálogo entre profissionais e usuários a fim de proporcionar decisões compartilhadas acerca da saúde dos clientes, desse modo, perpassa a assistência direta ao paciente, e busca integrar todos os sujeitos, sempre mantendo o usuário no centro do processo de saúde (VERGÍLIO; OLIVEIRA, 2010).

A PNH também norteia suas ações a partir da valorização do trabalhador, que considera as vivências e experiências dos prestadores de serviços ao incluí-los nos processos decisórios da gestão, inclui programas de formação em saúde e trabalho, propõe intervenções a partir da análise dos problemas da comunidade, elaborando pactuações entre gestores e grupos de trabalho. Esta diretriz enfatiza que os trabalhadores são protagonistas do processo em saúde, e não mero executores de políticas públicas (BRASIL, 2013).

A defesa dos direitos dos usuários é a última diretriz da PNH. Esta diretriz enfatiza a Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando a autonomia dos usuários em conhecer as opções de tratamento e a optarem pelo não tratamento. Estes direitos devem ser assegurados em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2011).

Mesmo contemplados nas diretrizes da PNH, a violação dos direitos dos usuários, a escuta não qualificada às suas necessidades, as gigantescas filas de esperas, as dificuldades do acesso e o atendimento desumanizado, fazem parte dos desafios enfrentados pelo SUS (TEIXEIRA et al., 2016). Na tentativa de alterar esse modelo de “desatenção à saúde”, a PNH criou a Rede HumanizaSUS, que tem como objetivo difundir informações sobre a humanização em saúde, a partir do compartilhamento de vivências dos gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013).

No auge da sua implementação, reduzir as filas e o tempo de espera, ampliando o acesso e proporcionando atendimento acolhedor e resolutivo conforme critérios de risco; conhecimento, por parte do usuário, de todos os profissionais que cuidam de sua saúde; fornecimento de informações ao usuário e garantia dos direitos do usuários do SUS; garantir a gestão participativa aos trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores, estavam dentre as prioridades da PNH (BRASIL, 2004a).

Dentre as diretrizes específicas por nível de atenção, faziam parte da Atenção Básica (BRASIL, 2004a, p. 13):

Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; incentivar práticas promocionais de saúde; estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o

acesso aos demais níveis do sistema; e comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

Para Rezende (2014), humanizar é compadecer-se, civilizar ou inspirar humanidade. Já, para o Ministério de Saúde (BRASIL, 2013), humanizar é incluir as diferenças no cuidado e na gestão. Em seu estudo, Rezende (2014) constatou que a humanização permanece em segundo plano quando trata-se dos profissionais de enfermagem que prestam assistência. Assim, a humanização não deve ser focada apenas na assistência física ou emocional ao usuário, mas nas relações interpessoais dos trabalhadores em enfermagem, estando presente no cotidiano dos serviços, já que procura modificar a prática de enfermagem tornando-a menos tecnicista e fragmentada.

Além de humanizar as práticas de enfermagem, Brasil (2008), aponta a necessidade de humanizar o ambiente de trabalho da enfermagem, pois inúmeras vezes não oferece condições apropriadas aos trabalhadores, que são submetidos a situações desumanas nas instituições de saúde, tanto pela equipe multiprofissional quanto pelos gestores. Dentre as situações, merecem destaque, a remuneração salarial baixa, a desvalorização da profissão e a indiferença profissional diante dos problemas encontrados pela equipe. Essas práticas não humanizadas tornam o ambiente estressor e contribuem para manifestações físicas e mentais nos trabalhadores.

Ao contrário disso, um ambiente que oferece condições propícias de trabalho aos seus colaboradores e que preza pelo bom relacionamento entre seus membros, influenciará diretamente na assistência prestada ao paciente, que irá sentir-se acolhido e seguro. Da mesma forma, constata-se que mesmo dispondo das mais modernas tecnologias duras, a valorização das relações humanas, incorporadas nas tecnologias leves, tornam os processos em saúde integralmente humanizados. Assim, as instituições de saúde, aliadas aos seus gestores, devem prezar por políticas integrais de humanização voltadas tanto para o cuidado ao usuário dos serviços quanto aos profissionais da equipe multidisciplinar que exercem as atividades (BRASIL, 2008; REZENDE, 2014).

3 ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, em 1994, implantou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), que tinham como objetivo voltar o atendimento do individual para o coletivo, considerando todos os fatores determinantes e condicionantes de saúde. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde atuava nas comunidades e estava focado na resolução de problemas de saúde materno-infantil (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). O Programa Saúde da Família tinha como objetivo “promover a equidade no atendimento à saúde e combater desigualdades no acesso aos serviços” (PERUZZO et al., 2018, p. 02).

Os resultados do PSF surtiram efeitos positivos na promoção da saúde e, em 1997, este programa passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa nova organização, visava a criação de vínculos entre profissionais e usuários, por meio do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), permitindo o acompanhamento integral da população da área de abrangência (PERUZZO et al., 2018).

Em 2007, Organização Mundial de Saúde (OMS), selecionou os elementos fundamentais para a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) nas Américas (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). Então, em 21 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), outorgou a Portaria nº 2.488, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo objetivo é organizar a Atenção Básica de Saúde, instituindo a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 2017, através da Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017, a PNAB foi reformulada alterando a composição das equipes de Saúde da Família (eSF), a carga horária dos diferentes profissionais, a composição das equipes multiprofissionais, diferentes tipos de equipes de Atenção Básica, atribuições profissionais e atribuições das três esferas de governo, territorialização, financiamento e outros itens que estruturam a Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Assim, caberia aos municípios aderir ou não a esta reforma. O município de Chapecó, por meio da Resolução nº 211 de 19 de fevereiro de 2018 do Conselho Municipal de Saúde, presidido pela Izelda Teresinha Oro, optou por permanecer com a organização da AB da forma como era preconizada pela PNAB, outorgada em 2011, (CHAPECÓ, 2018). Por este motivo, referenciamos este estudo na Política Nacional de Atenção Básica outorgada pelo Ministério da Saúde no ano de 2012 (PNAB, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a Atenção Básica de Saúde é caracterizada por ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação de indivíduos ou coletividade, e tem como objetivo fornecer atenção integral à população, baseada na realidade local da população adscrita à uma Estratégia Saúde da Família, e nos fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Além disso, a Atenção Básica de Saúde brasileira, têm como característica estrutural os atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e os atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014; FRACOLLI et al. 2015).

Para Oliveira e Pereira (2014, p. 160), dentre os atributos essenciais, a “expressão primeiro contato implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema”, já a longitudinalidade trata-se da “existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema”.

A integralidade, como princípio doutrinário do SUS, “possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias”; a coordenação, como último atributo essencial, refere-se a “articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2014, p. 161).

Dentre os atributos derivados, a orientação familiar e comunitária diz respeito a interação entre equipe de saúde e família, considerando o contexto econômico, social e cultural em que a família se insere, a fim de analisar suas necessidades e problemas de saúde pela ótica da saúde coletiva (FRACOLLI et al., 2015).

A Atenção Básica deve ser a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, e servir como centro de toda a Rede de Atenção à Saúde. Esse nível de atenção norteia-se pelos princípios da universalidade, da equidade, da participação social, da acessibilidade, da humanização, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção e da responsabilização (BRASIL, 2012).

As equipes de saúde da família atuarão nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Saúde da Família (CSF), que são estabelecimentos físicos instalados próximos as residências, escolas e/ou local de trabalho das pessoas desempenham papel fundamental na garantia do acesso à saúde da população. Além de estrutura física adequada, o Ministério da

Saúde (BRASIL, 2012, p. 37), afirma que cada CSF pode comportar mais de uma equipe de saúde da família, composta, minimamente, por:

[...] médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.

Para Peruzzo et al., (2018), a equipe multiprofissional da ESF deve atuar de acordo com os princípios de integralidade e multidisciplinaridade, evitando uma assistência fragmentada, biologicista, centrada na doença e sem considerar o indivíduo nas dimensões biopsicossociais.

Em 2006, após a regulamentação do Pacto Pela Saúde nas três esferas de governo, pela Portaria no 399/2006, de 22 de fevereiro (BRASIL, 2006), foi criado, em 2008, pela Portaria no 154/2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF eram constituídos por outros profissionais (educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros), que deveriam atuar articulados às equipes das ESF, na tentativa de ampliar a resolutividade da Atenção Básica de Saúde (PERUZZO et al., 2018).

Peruzzo et al. (2018), conceituam “equipe” como algo coletivo, uma rede conectada na qual os processos de saúde acontecem. Para eles, a equipe da ESF é multiprofissional, pois reúne diferentes profissionais no mesmo local de trabalho. Esses profissionais também devem atuar interdisciplinarmente, com o intuito de potencializar o cuidado. Para que a equipe desenvolva seu trabalho harmonicamente, é “necessário interação, comunicação e capacidade para colocar-se no lugar do outro, compreendendo os diferentes saberes em cada um de seus membros” (PERUZZO et al., 2018, p. 02).

Neste contexto, a equipe da ESF deve utilizar a escuta ativa, o compartilhamento de experiências, vivências e conhecimentos, e a integração dos vários sujeitos envolvidos no cuidado, como forma de reinventar os processos e ações em saúde, a partir da valorização do conhecimento dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização. Isso contribuirá para a democratização das relações entre usuários, profissionais e gestores, e irá melhorar a qualidade dos serviços prestados à população (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Além de definir a equipe mínima para atuar nas Estratégias Saúde da Família, a PNAB (BRASIL, 2012) menciona as atribuições comuns e específicas a todos os profissionais. Neste contexto, o enfermeiro, como líder da equipe - por ser quem planeja e coordena as atividades, além de ser mediador de conflitos e detentor das informações (PERUZZO et al., 2018) - possui como atribuições: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas, em todas as

fases do desenvolvimento humano e, se necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.

Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar usuários a outros serviços; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente com a equipe; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do CSF, e planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e por Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem também são outras atribuições dos enfermeiros (BRASIL, 2012).

Consideravelmente, a gerência dos CSF é exercida por enfermeiros, e a relação que este profissional mantém com os usuários e equipe multiprofissional determina as características do seu processo de trabalho (FERNANDES et al., 2010). Para Xavier-Gomes et al. (2015), o gerenciamento dos serviços de saúde emerge da união entre o pensar e o agir, e abrange o ser humano, o ambiente e o encontro dos diferentes saberes. Assim, o enfermeiro precisa de uma visão crítico-reflexiva para modificar as práticas de trabalho, construindo uma nova realidade a partir das necessidades encontradas (XAVIER-GOMES et al., 2015).

Realizando, supervisionando ou gerenciando as ações em saúde, o enfermeiro é responsável pelo cuidado de enfermagem ao ser humano e isso faz parte do cuidado humanizado. Entretanto, devido à sobrecarga de trabalho diário, a enfermagem presta uma assistência mecanicista, apática e não-reflexiva. Para Collet e Alves (2003), devemos compreender que para a existência da humanização, é importante considerar o contexto em que essas relações entre equipe multiprofissional e profissional-usuário ocorrem.

Humanizar vai além das relações entre os sujeitos envolvidos nos processos em saúde, abrange novas formas de planejar, organizar e gerenciar as instituições de saúde, a fim de promover assistência qualificada, melhorando as condições de trabalho a partir de investimentos na saúde, estabelecendo formas de avaliar e reorganizar a assistência (BRASIL, 2010). Sendo assim, a enfermagem é peça fundamental nesse processo, pois é a profissão que mais discute a humanização, resgatando-a como algo fundamental em seu trabalho, a fim de modificar condutas que fragmentam a assistência integral ao paciente e interferem na operacionalização da Política Nacional de Humanização (COLLET; ALVES, 2003).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória tem como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito. A maior parte desses estudos envolvem: (1) pesquisa bibliográfica; (2) entrevistas com pessoas que se relacionam ao problema da pesquisa; e (3) análise dados, facilitando a compreensão do problema. Estudos exploratórios possibilitam aumento do conhecimento do pesquisador sobre os fatos, permitindo criar novas hipóteses, assim, a pesquisa precisa ser o mais flexível possível para permitir a análise dos inúmeros aspectos (GIL, 2007). A pesquisa descritiva descreve, em detalhes, os fatos e fenômenos de uma realidade (TRIVIÑOS, 1987) ou estabelece relações entre variáveis (GIL, 2007).

Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos em que se estuda ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social, sendo interpretados conforme o entendimento dos próprios participantes, não se preocupando assim com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito.

4.2 CAMPO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em Chapecó, Santa Catarina. O município possui um total de 26 Centros de Saúde da Família (CSF), com 54 (cinquenta e quatro) Equipes de Saúde da Família e 05 Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) distribuídas entre elas (CHAPECÓ, 2018). Este estudo objetivava ser realizado em 09 CSF da Secretaria de Saúde do Município de Chapecó/SC, onde a Universidade Federal da Fronteira Sul/*Campus* Chapecó realiza suas Atividades Teórico-Práticas (ATP) e Estágios Curriculares Supervisionados (ECS). No entanto, devido aos critérios de inclusão dos enfermeiros (as), 07 CSF em que a UFFS exerce suas atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão foram contemplados por este estudo: Belvedere, Colônia Cella, Eldorado, Jardim América, Oeste, Santo Antônio e Alto da Serra. A coleta de dados não ocorreu nos CSF Alta Floresta e Leste. Dos sete CSF restantes, apenas três CSF (Belvedere, Eldorado e Jardim América) possuíam a estrutura física conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram incluídos todos os enfermeiros atuantes em Centros de Saúde da Família do município de Chapecó, nos quais a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) desenvolve atividades teórico-práticas e estágios supervisionados com o curso de Enfermagem, o que totaliza 09 CSF. Foram excluídos enfermeiros (as) que iniciaram suas atividades há menos de seis meses no CSF. O número final de participantes foi definido após as falas fornecerem respostas às questões da pesquisa (NASCIMENTO et al., 2018), isto é, o número de participantes foi definido pela saturação dos dados.

Dos 19 enfermeiros (as) estimados, 05 atuavam há menos de seis meses no CSF e 03 estavam de férias no período da coleta de dados. Foram entrevistados 11 enfermeiros (as) de sete Centros de Saúde da Família em que a UFFS exerce suas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Dos 11 entrevistados, 04 exerciam a função de coordenadores do CSF, 03 prestavam assistência e gerência do CSF e os outros 04 eram assistenciais. Destes, 10 eram do sexo feminino e 01 do sexo masculino.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta das informações ocorreu no período de junho a julho 2019, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFFS, por meio da entrevista semiestruturada. Para tanto, foi utilizada a entrevista semiestruturada guiada por roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE A). Para Triviños (1987) a entrevista semiestruturada é formada por questionamentos básicos, apoiados em hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa. Os questionamentos realizados dão origem a novas teorias a partir das respostas dos participantes. O autor ainda afirma que a entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

As entrevistas foram conduzidas pela estudante de graduação sob supervisão e da pesquisadora responsável. Foram áudio-gravadas e ocorreram em um local e horário de preferência do participante, sendo posteriormente transcritas na íntegra. Com a finalidade de manter o anonimato dos participantes, os enfermeiros (as) foram identificados pela letra “E” acompanhada de número arábico (1,2,3), conforme a cronologia em que ocorreram as entrevistas. Os dados coletados foram armazenados em arquivo digital e permanecerão sob

guarda da pesquisadora responsável, Valéria Silvana Faganello Madureira, membro do grupo de pesquisa Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS), pelo período de cinco anos, após o qual serão deletados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise das informações ocorreu por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este método é uma forma de tabular e organizar dados qualitativos, cujo fundamento é a teoria da Representação Social. Essa técnica, foi desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre no fim da década de 90 (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma síntese elaborada com partes de discursos de sentido semelhante, de forma sistemática e padronizada. O DSC permite agregar depoimentos de uma coletividade, de forma que se conheça a maneira de pensar sobre um tema distinto, utilizando métodos científicos, sem reduzi-los a quantidades. A técnica do DSC consiste em analisar o material verbal coletado em pesquisas, extraindo de cada um dos depoimentos as Ideias Centrais (IC), Ancoragens (AC) e Expressões Chave (ECH), que comporão um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

As Expressões Chave são trechos do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador e revelam a essência do conteúdo do discurso. A Ideia Central é um nome ou expressão linguística que descreve, de maneira sintética, o sentido presente em cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar origem ao DSC. Além da Ideia Central, algumas Expressões Chave remetem explicitamente a uma afirmação que denominamos Ancoragem (AC). A AC é a expressão de uma ideologia defendida pelo autor do discurso e que está embutida em suas falas como se fossem afirmações qualquer (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Na construção do DSC é preciso levar em conta alguns princípios. O primeiro desses princípios é a coerência, ou seja, a agregação de pedaços isolados de depoimentos para formar um todo discursivo coerente, no qual cada uma das partes possa se reconhecer. Além disso, um discurso deve sempre expressar um posicionamento próprio, distinto, original, específico sobre o tema em estudo, o que constitui o segundo princípio (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Um terceiro princípio refere-se aos tipos de distinção entre os DSC, de acordo com isso, discursos diferentes devem ser apresentados separadamente, enquanto que a apresentação em separado de discursos complementares depende do pesquisador. Há discursos que não são iguais, mas podem ser reunidos sem provocar contradição ou incoerência; é possível também separá-los se o objetivo for enfatizar diferentes posicionamentos. O quarto princípio a ser

considerado na construção do DSC, é a produção de uma “artificialidade natural”, ou seja, o discurso é apresentado como se só uma pessoa falasse por um conjunto de pessoas, traduzindo uma construção artificial (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Conforme Lefèvre e Lefèvre (2003), ao mesmo tempo em que o Sujeito Coletivo sinaliza a presença de um sujeito individual no discurso, se expressa em nome de uma coletividade, conferindo espontaneidade, naturalidade e vivacidade ao pensamento coletivo. Para a construção do DSC, foram utilizadas as seguintes etapas:

1. Agrupamento dos discursos individuais relacionados a cada pergunta/tema;
2. Extração das Expressões Chave dos discursos individuais;
3. Agrupamento das Expressões Chave de sentido equivalente ou complementar;
4. Extração da Ideia Central de cada agrupamento de Expressões Chave;
5. Construção e apresentação dos DSC com as Expressões Chave relacionados a cada Ideia Central.

Em suma, o Discurso do Sujeito Coletivo é uma reunião em um só discurso-síntese de IC ou AC semelhantes, redigido na primeira pessoa do singular das ECH (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013). As partes do discurso ou parágrafos são ligados por meio de conectivos que proporcionem a coesão do discurso, eliminando-se dados particularizantes, tais como sexo, idade, eventos e locais, afim de manter o anonimato dos participantes. Para construção deste trabalho, foram utilizadas três das quatro figuras metodológicas propostas Lefèvre e Lefèvre (2003): ECH, IC e DSC.

Para a construção dos DSC segue-se uma esquematização clássica, do tipo começo, meio e fim, e do mais geral para mais particular. As partes do discurso ou parágrafos são ligados por meio de conectivos que proporcionem a coesão do discurso. Estruturalmente, as discussões foram elencadas da seguinte forma: é apontado o grande tema, dentro deste, elencadas as Ideias Centrais, e, posteriormente, anexado o(s) DSC que corresponde(m) a esta, e, abaixo, a discussão frente a essência de cada DSC. Posteriormente, a cada DSC foi discutida a ideia central através de bibliografias que embasem o tema tratado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Segue esquema exemplificando a construção dos DSC frente as ECH e IC:

EXPRESSÃO CHAVE	IDEIA CENTRAL	DSC
<p>E6: Na verdade vem a demanda pro enfermeiro, né? O usuário aguardo aqui, a gente vai lá e discute o caso com eles, e depois dá essa devolutiva... [Discute casos com os médicos?] Com os médicos. Ou entre nós enfermeiros.</p> <p>E8: Existem consultas compartilhadas, diariamente, com atendimento compartilhado. [E como funciona?] Na identificação algum problema.</p>	<p>Existem consultas compartilhadas entre médicos e enfermeiros no CSF.</p>	<p>Existem consultas compartilhadas, diariamente, com atendimento compartilhado. O usuário aguardo aqui, a gente [enfermeiros] vai lá e discute o caso com eles [médicos] e depois dá essa devolutiva... Com os médicos. Ou entre nós enfermeiros. Na identificação algum problema a gente conversa, troca ideias, solicita, a gente tem que fazer consulta compartilhada, né?</p>
<p>E10: [...] a gente conversa, troca ideias, solicita, a gente tem que fazer consulta compartilhada... Né? Tanto médico, mais é a gente, uma enfermeira pedir um auxílio do médico, né? Raramente eles acabam pedindo a nossa... Mas assim, a gente... O enfermeiro tem uma grande parceria com o NASF também, a gente trabalha com todos os profissionais [...] então a gente sempre quer trabalhar em equipe assim, né?</p>	<p>O enfermeiro do CSF trabalha em parceria com o NASF.</p>	<p>O enfermeiro tem uma grande parceria com o NASF também, a gente trabalha com todos os profissionais. A gente sempre quer trabalhar em equipe assim, né?</p>

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os procedimentos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos, estabelecidos pela Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, foram respeitados. Este projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC e aprovado pela Comissão de Análise de Projetos da Saúde, pelo Parecer Consubstanciado nº 009-001/2019 de 11 de junho de 2019 (ANEXO A).

Obtido a autorização, os Centros de Saúde da Família foram contatados, via e-mail ou ligação telefônica, para agendar um momento para a apresentação do projeto e coleta da assinatura do Termo de Concordância das Instituições Envolvidas (ANEXO B), pelo coordenador de cada um dos 09 CSF envolvidos, oportunidade em que eles foram convidados

a participar. Obtido o aceite, local e horário para a entrevista foram agendados. Após isso, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFFS para aprovação. O projeto foi aprovado pelo CEP/UFFS sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 13333419.0.0000.5564 (ANEXO C).

No dia da entrevista, antes do início da coleta dados, foi disponibilizado aos participantes duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), uma via permaneceu com os pesquisadores e a outra com o participante. A pesquisadora retomou os aspectos centrais do estudo, esclareceu as possíveis dúvidas dos enfermeiros, solicitou consentimento para realização da leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que, depois, será assinado pelo participante. Uma via do TCLE permaneceu com o participante e outra ficou com a pesquisadora.

O TCLE tem o intuito de esclarecer todos os procedimentos a que estarão submetidos, para que, ao final, o participante declare que está de acordo com a sua participação na pesquisa. Salienda-se que os participantes da pesquisa estavam expostos aos seguintes riscos: cansaço ou aborrecimento ao responder a entrevista; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões de cunho profissional e interpessoal; e risco de quebra de sigilo. Além destes riscos físicos, psicológicos e sociais, os participantes também estavam submetidos ao risco de devolução inapropriada dos resultados dos estudos, que podem gerar situações de conflito e/ou abalar vínculos interpessoais.

Como forma de minimizar a possibilidade de ocorrência de riscos, a pesquisadora deixou os participantes do estudo cientes dos riscos, garantiu o anonimato dos entrevistados e informou sobre a possibilidade de indenizações morais aos participantes que se sentirem violados em seus direitos de sigilo e privacidade. Se fosse percebido algum risco durante a entrevista, a pesquisadora interromperia a gravação e estabeleceria diálogo com o participante, no intuito de minimizar ou suprimir, afim de deixar o participante à vontade para retomar ou para interromper a entrevista. No entanto, não foi constatado.

Como benefício direto aos participantes, este estudo oportunizou reflexões acerca da implementação da Política Nacional de Humanização nas relações de trabalho da equipe multiprofissional, proporcionando interações benéficas e humanizadas entre seus membros. Indiretamente, este estudo contribuiu para a construção do conhecimento científico, ao enfatizar a importância da implementação dos princípios, diretrizes e métodos da Política Nacional da Humanização nos processos de trabalho e práticas em saúde, considerando que as relações de trabalho impactam no funcionamento dos serviços de saúde.

4.7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados parciais ocorreu no IX Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão (SEPE) da UFFS, por meio do resumo intitulado “Direitos dos usuários da Rede de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde”, no dia 25 de outubro de 2019 (ANEXO D). A devolutiva dos resultados do estudo aos participantes acontecerá após apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para banca examinadora em 09 de dezembro de 2019, e ocorrerá, primeiramente, à gestão da Secretaria Municipal de Saúde em dezembro de 2019, para que haja tempo hábil para inclusão das sugestões no planejamento em saúde para o ano de 2020. Após, os resultados serão devolvidos aos participantes em encontros a serem realizados no mês de dezembro de 2019 e previamente agendados com cada um. Tanto à gestão da SESAU como aos participantes será entregue uma cópia do estudo em CD-ROM.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na “Apresentação dos Resultados e Discussões”, as “Diretrizes da Política Nacional de Humanização” foram divididas em seis temas: TEMA 1: Acolhimento; TEMA 2: Gestão participativa e a cogestão; TEMA 3: Ambiência; TEMA 4: Clínica ampliada e compartilhada; TEMA 5: Valorização dos trabalhadores da saúde; TEMA 6: Defesa dos direitos dos usuários. Cada tema contém as Ideias Centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), seguidos de discussão dos dados apresentados.

5.1 DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Diretrizes são orientações. São linhas que definem um rumo ou caminho a seguir. São instruções para se estabelecer um plano ou ações. As diretrizes da Política Nacional de Humanização expressam o método da tríplice inclusão. Método significa “condução de um processo” ou “modo de caminhar”. Já, “tríplice inclusão” trata da inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) para produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010).

A PNH possui seis diretrizes: o acolhimento, a gestão participativa e a cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos do usuário (BRASIL, 2010), essas diretrizes norteiam o trabalho da PNH, reinventando os modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2012).

5.1.1 TEMA 1: Acolhimento

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 14) o acolhimento é definido como:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Na revisão de literatura realizada por Mitre, Andrade e Cotta (2012, p. 2075), o acolhimento foi mencionado como “uma ferramenta, estratégia e arranjo tecnológico utilizado para iniciar mudanças no processo de trabalho em saúde, garantir o acesso em serviços

humanizados, resolutos e de qualidade com a responsabilização coletiva dos trabalhadores às necessidades dos usuários”.

Para Falk et al. (2011), o acolhimento é uma ação tecnológica e assistencial que pressupõe mudanças na relação entre profissional e usuário e sua rede social, reconhecendo o usuário como sujeito corresponsável no processo de produção da saúde. Acolher é atender todos os que procuram os serviços de saúde, proporcionando uma escuta qualificada e assumindo uma postura acolhedora com fins resolutivos (FALK et al., 2011).

Como uma das diretrizes da PNH, o acolhimento tem uma importância significativa na organização dos serviços públicos de saúde, pois é de responsabilidade de toda a equipe e é direito de todos os usuários do serviço de saúde. Além destes preceitos ético e político, o acolhimento apresenta-se como outro modo de produção da saúde e é uma ferramenta importante na construção de vínculo, garantia do acesso, resolutividade dos serviços e escuta (BRASIL, 2010).

Os objetivos do acolhimento são:

Acolher, escutar a queixa, os medos e as expectativas do usuário, identificar os riscos e a vulnerabilidade, perceber a avaliação do próprio usuário em relação ao seu estado, além de responsabilizar à equipe para dar uma resposta ao problema/demanda/necessidade do usuário. Prestar um atendimento resolutivo, orientando/encaminhando, quando for o caso, o paciente e a sua família, para outros serviços de saúde, seja para atendimento ou continuidade da assistência (BRASIL, 2010, p. 12).

Para implementar o acolhimento nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) preconiza que as equipes de Saúde da Família se reúnam a fim de discutir sobre o funcionamento do serviço e suprir algumas indagações acerca do acesso do usuário. As respostas irão mostrar como e por quem o usuário é atendido e quais as etapas percorridas por ele no serviço de saúde. Essa análise possibilitará reflexões acerca do processo de trabalho da equipe e instigará mudanças a partir da revisão das práticas cotidianas e da implementação de novas ações para acolher os usuários.

Para que o usuário seja, de fato, acolhido, é necessário: corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde; estimular o encontro entre profissional, usuário e sua rede social, para produção de saúde; problematizar os processos de trabalho, de modo a reorganizar o serviço de saúde, possibilitando que toda a equipe fique encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário, incluindo sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS) com as linhas de cuidado; garantir o acolhimento aos trabalhadores e suas dificuldades; construir propostas com a equipe local, gestores, servidores e usuários. Por fim, acrescenta-se a necessidade de aperfeiçoamento e

qualificação profissional dos membros da equipe, a fim de proporcionar a escuta qualificada aos usuários (BRASIL, 2010).

Para Lopes et al. (2015), o acolhimento deve existir em todos os processos de cuidado, no vínculo entre profissionais da saúde e usuários, durante a recepção e escuta, e deve possibilitar a humanização do cuidado, o acesso da população aos serviços e a resolutividade dos problemas. Franco, Bueno e Merhy (1999) também enfatizam que o acolhimento também deve estar presente na gestão dos serviços de saúde, pois ele só irá concretizar-se se a gestão for participativa, democrática e integrativa, pois as mudanças nos processos de trabalho só são possíveis por meio da adesão dos trabalhadores à esta diretriz.

Em seu estudo pioneiro sobre acolhimento, Franco, Bueno e Merhy (1999) propõem debate-lo como uma diretriz operacional, fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde, garantindo a universalidade e integralidade no acesso aos serviços de saúde e a equidade nos atendimentos. Para isso, deveria haver uma reorganização do processo de trabalho, alterando o padrão médico-centrado para o trabalho multiprofissional, “capaz de produzir a escuta qualificada, responsabilização, vínculo e resolubilidade; além de qualificar a relação dos profissionais com os usuários, sob parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania” (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012, p. 2075).

Ideia Central 1: O primeiro acolhimento é feito na recepção do CSF.

DSC 1: O acolhimento é feito no horário em que a unidade está funcionando, das 07:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00. O paciente chega no CSF e já direto vai para a recepção. Ali informa o que ele precisa, o primeiro acolhimento é feito no balcão [recepção], né? O administrativo/auxiliar de enfermagem que faz no balcão, pois conhece todos os pacientes e tem um vínculo muito bom com eles.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o acolhimento deve ocorrer em todos os locais dos serviços de saúde e deve acontecer em todos os momentos, desde a entrada até a saída do usuário do serviço. O acolhimento não é uma etapa do atendimento, ele deve estar presente em todas as ações desenvolvidas pelo serviço de saúde, bem como, no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, possibilitando a humanização do cuidado, o acesso aos serviços de saúde e a resolutividade dos problemas.

Assim, o acolhimento com classificação de risco deve ser feito por enfermeiros, conforme critérios pré-estabelecidos por membros da equipe multiprofissional. Essa classificação não define quem vai ser atendido ou não, mas sim, como ocorrerá este atendimento, a partir do risco (BRASIL, 2010). Entretanto, evidenciamos, no discurso acima, que o acolhimento é realizado por profissionais que estão na recepção e sem priorização a partir do risco.

Da mesma forma que no estudo de Scholze (2014), o acolhimento é realizado por auxiliares e técnicos de enfermagem, profissionais da equipe que não têm formação para a avaliação de risco. Aqui seria necessária a ação do enfermeiro que, além de ter preparo para tanto, conhece os usuários residentes na área que está sob sua responsabilidade.

O acolhimento ocorre por meio da escuta qualificada das necessidades dos usuários, da identificação do problema trazido por ele e da realização de uma intervenção resolutiva, e pode ser usado como estratégia para remodelar a assistência curativa, biologicista e fragmentada, tornando os processos em saúde mais acolhedores e resolutivos. A escuta qualificada das queixas dos usuários fortalece os vínculos de confiança entre usuário e profissional, e faz com que as pessoas se sintam confiantes para relatar as dificuldades e riscos vivenciados, possibilitando um atendimento integral, baseado nas suas necessidades (DE CARLI et al., 2014).

Para De Carli (2014), o vínculo, além de ser classificado como tecnologia leve, pois trata das tecnologias das relações (comunicação, acolhimento, autonomia), não é conquistado imediatamente, pois demanda tempo para ser estabelecido. No entanto, quanto mais forte for o vínculo, mais forte será a relação entre profissional e usuário, o que aumentará as trocas de conhecimentos entre eles.

Contudo, em um estudo realizado por Lopes et al. (2015), foi relatado por profissionais, que a formação de vínculos com os usuários, às vezes, ocorre de forma tão intensa, que se torna difícil negar ações para eles. Para os autores, a afetividade deve ser controlada para que não prejudique a relação entre profissional e usuário, principalmente pelo usuário querer utilizar disso para obter vantagens. Essa relação entre profissional e usuário é classificada como negativa.

Os vínculos negativos formados entre profissionais e usuários interferem diretamente no princípio da equidade preconizado pelo Ministério da Saúde. Scholze (2014, p. 225), afirma que:

Qualquer processo de acolhimento conduz a um julgamento de valor que pode ser entendido como classificação de risco, explícita ou não, pois os encaminhamentos da escuta qualificada (caso exista) geram hierarquização das demandas e conduzirão o usuário a diferentes itinerários, de resolutividades variáveis, conforme as necessidades percebidas pelo profissional e as possibilidades oferecidas pelo sistema local.

Ideia Central 2: O primeiro atendimento ao usuário, na recepção, interfere na vinculação do usuário ao serviço.

DSC 2: Do jeito que está sendo feito, interfere, porque no balcão, é um ambiente muito aberto, né? Tem outras pessoas sempre na fila, esperando atrás... Muitas vezes as pessoas já não... Já não falam nada e querem conversar com a enfermeira, né? No balcão, ali já fica um pouco mais difícil da pessoa falar, né? Falar o que precisa.

Em seu estudo, Garcia et al. (2015) constata que a tarefa dos profissionais de manterem a privacidade dos usuários é dificultada pela estrutura física, forma de atendimento e depreciação do seu significado pela equipe que não se empenha em protegê-la. Isso sugere desorganização dos serviços e, conseqüente, desqualificação da assistência.

A morfologia diz respeito às formas, dimensões e volumes dos espaços, que bem planejados, podem ser mais ou menos adequados para as pessoas (BRASIL, 2010). Assim, além de porta de entrada, as áreas externas podem ser lugar de espera ou de descanso de trabalhadores. Ademais, podem ser espaços de troca de conhecimento, contribuindo para a produção de saúde, a partir da integração dos diferentes saberes. Por isso, jardins e bancos podem ser utilizados para tornar o lugar mais acolhedor. Além de agradável, esses locais podem tornar-se multifuncionais, servindo para “atividades físicas, relaxamento, alongamento, ginásticas, tai chi, etc., útil aos trabalhadores e aos usuários” (BRASIL, 2010, p. 63).

É necessário que a unidade possua espaços de encontro e troca de conhecimento entre os sujeitos, pois espaços de diálogo, reflexão e problematização, possibilitam a corresponsabilização, favorecem processos de trabalho em saúde mais humanos e resolutivos, tanto para usuários quanto para profissionais. A partir das rodas de conversa, “detectamos problemas, avaliamos, interagimos, desmistificamos determinados tabus, promovemos saúde e, conseqüentemente, é possível ver e entender o usuário na sua totalidade” (OLIVEIRA, 2014, p. 427).

Os Centros de Saúde da Família devem ser planejados de modo a favorecer encontros entre trabalhadores e usuários. Essa integração é possível a partir da exclusão de muros, cercas e grades, favorecendo o acesso (BRASIL, 2010). Para Bestetti (2014), os CSF devem possibilitar espaços de circulação, pois essa distribuição interfere no relacionamento interpessoal. A organização da estrutura física e a disposição de bens materiais, favorecem o encontro entre os sujeitos e o compartilhamento de experiências por meio da troca de conhecimento.

Assim, quando há equilíbrio e harmonia entre os elementos, criam-se ambientes acolhedores, que favorecem processos de produção de saúde (BESTETTI, 2014). Ao encontro disso, os processos de trabalho só são possíveis quando a ambiência for uma das ferramentas da PNH utilizada como facilitadora. Entretanto, separadamente, não causará mudanças (BRASIL, 2010).

Ideia Central 3: O Agente Comunitário de Saúde também faz acolhimento.

DSC 3: A agente de saúde na casa também, faz bastante essa escuta. Às vezes desabafa tudo lá na casa...

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, instituindo a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta Portaria define que as atribuições comuns específicas à todos os profissionais, incluindo aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que deverão cumprir a carga horária de 40 horas semanais (BRASIL, 2012).

Dentre as atribuições específicas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), menciona-se:

Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês (BRASIL, 2012, p. 49).

Além das visitas domiciliares, uma das atribuições comuns à todos os profissionais dos Centros de Saúde da Família é:

Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2012, p. 44).

No estudo de De Carli et al. (2014), os Agentes Comunitários de Saúde associaram a palavra acolhimento à receptividade, ou seja, a forma com que as famílias os recebem nas visitas domiciliares. Alguns ACS associaram acolhimento com sentimentos de afetividade por meio de palavras como atenção, carinho e amor, e outros mencionaram a escuta ativa a fim de identificar as necessidades do usuário e comunidade.

Mesmo se referindo à escuta qualificada realizada por ACS no DSC 3, o acolhimento ainda permanece fracionado, pois além de ouvir atentamente, acolher é buscar soluções positivas para problemas, a fim de suprir as necessidades (DE CARLI et al, 2014). Para Galavote et al. (2011), o Agente Comunitário de Saúde é peça fundamental na vinculação entre usuários e serviços de saúde e, muitas vezes, não está capacitado para atender as demandas do seu cotidiano de trabalho.

Ideia Central 4: Todos da equipe de Saúde da Família fazem o acolhimento.

DSC 4: Ele [usuário] é acolhido por todos da equipe, não tem distinção de quem está na recepção, todo mundo sabe fazer isso e faz muito bem. Eu acho que dentro das coisas de humanização, o que a gente mais faz, é a escuta. Prezamos por um acolhimento com todas as suas escutas qualificadas, com olhar integral, holístico desse paciente. Não só queixa e conduta, mas sim, um olhar mais dinâmico, aberto para todas as demandas que ele vem apresentando, tentando entender um pouco, todas as diversidades que estão impostas neste indivíduo... Cultura e outras... A complexidade que envolve o atendimento. É no acolhimento que a gente tenta

compreender, talvez, um problema de saúde dele, atual ou antigo, que ele vem apresentando... Essa é uma questão que se trabalha muito com a equipe, né? Então nas reuniões do receber, do escutar, né? Então no dia a dia, a gente vê isso...

Ideia Central 5: Não é toda a equipe multiprofissional que acolhe os usuários nos CSF.

DSC 5: Então o acolhimento não ocorre pela equipe multiprofissional, porque eu não vejo o dentista indo no balcão, acolher paciente, nem médico... Só esperam os pacientes chegar no consultório... Multiprofissionalmente isso não ocorre. Nunca de forma multidisciplinar... Nunca pela equipe inteira.

Percebe-se que os discursos acima apresentam divergências na realização do acolhimento pela equipe multiprofissional. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), todos os profissionais de saúde fazem acolhimento, no entanto, deve haver um grupo de profissionais capacitados para mediar o primeiro contato do usuário com o Centro de Saúde da Família, reconhecendo sua demanda e orientando-o quanto ao funcionamento do serviço a partir dos fluxos estabelecidos.

A escuta qualificada associada ao cuidado longitudinal cria condições para ampliar o foco da humanização sobre a pessoa, atendendo às suas demandas, por meio da classificação da queixa somática e dos critérios de vulnerabilidades do usuário, alterando o caráter individual de risco, que delimita o instrumento de classificação utilizado, favorecendo, também, a empatia entre profissional e usuário, e entre os próprios usuários, ao ampliar a sua visão para as outras pessoas que buscam o serviço (SCHOLZE, 2014).

O acolhimento, quando realizado por profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às demandas do usuário, possibilita, além de ampliar o acesso dos usuários ao SUS pelas UBS, a autonomia, a corresponsabilização e a cidadania na produção da saúde. Ademais, desconstrói o mito, prevalente há anos, de que os serviços públicos de saúde são de péssima qualidade e seus profissionais despreparados para atender as demandas, e que os bons serviços e atendimentos estão no setor privado (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Em seu estudo, Costa e Cambiriba (2010), apontam que os principais fatores que dificultam o acolhimento nas unidades de saúde são: a falta de união da equipe, a falta de recursos humanos e a insuficiência de cursos e treinamentos. Como itens necessários para o desenvolvimento do acolhimento na unidade de saúde, 50% dos profissionais da enfermagem entrevistados mencionaram o aumento da oferta de encontros motivacionais, 42% mencionaram a existência de profissionais capacitados para realizar este acolhimento e apenas 8% acreditam que deveria haver uma sala específica com uma pessoa responsável para realizar o acolhimento.

Para Figueiredo et al. (2010), a humanização visa modificar as práticas assistenciais a fim de valorizar a história e a cultura humana, respeitando a singularidade e a dignidade do ser, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando os aspectos biológico, físico, psíquico,

social e espiritual, bem como, seus valores, crenças, desejos e perspectivas, valorizando os usuários como um todo, independente da sua raça, cor ou etnia, contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre cuidador e sujeito a ser cuidado.

Ideia Central 6: Com os usuários que não têm cadastro, é diferente.

DSC 6: Os novos, que ainda não têm cadastro na unidade, se é uma urgência, ele é atendido também, né? Se não for urgente daí a gente orienta ele ou agenda uma consulta. Tem algumas prioridades que veio da secretaria, se encaixar naquelas prioridades, elas já vão passar com o médico. Em outros casos, a enfermeira vem ali para conversar e ver qual a situação. Se consegue passar com o médico, ou se vai orientar para ir para UPA, PA Efapi, Hospital Regional ou se é algum caso que possa ser agendado.

O Artigo 1º da Resolução 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2012) afirma que: “No âmbito da equipe de Enfermagem, a Classificação de Risco e a priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão”. Ademais, prevê que o Enfermeiro deve possuir conhecimento, habilidade e competência que garantam rigorosidade técnica e científica da sua função (BRASIL, 2002).

Apesar de não se tratar de um serviço de urgência e emergência, situações dessa natureza podem ocorrer nos CSF. Como dito anteriormente, a PNH (BRASIL, 2010), afirma que o enfermeiro é o profissional responsável por realizar o acolhimento com classificação de risco, no entanto, evidenciamos, nos discursos acima, que essa definição não está clara nas falas de alguns profissionais, pois a organização do CSF não comporta essa forma de acolhimento, que é realizada por profissionais de nível técnico. Em contrapartida, alguns casos são encaminhados à enfermeira que realizará a triagem e irá decidir qual a melhor forma de resolver o problema.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a implantação da PNH compreende “[...] formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema” (BRASIL, 2004b). No entanto, a atenção à demanda espontânea é um dos desafios das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois suas atividades voltam-se para a promoção da saúde, principalmente em grupos específicos, como hipertensos, diabéticos e gestantes.

Como forma de evitar iniquidades no atendimento aos usuários, os profissionais prestam o acolhimento e classificam as pessoas pelo risco. Ou seja, as prioridades são elencadas a partir da complexidade do problema apresentado e não pela ordem de chegada ao serviço. Essa classificação baseia-se em protocolos estruturados com as queixas e seus qualificadores de risco, e o seu uso produz resultados exitosos, visto que contribui com resolutividade das ações (SOUZA; BASTOS, 2008).

Para Mitre, Andrade de Cotta (2012), o uso de protocolos, quando se quer acolher o paciente, pode fixar os profissionais na ação baseada na queixa-conduta, levando em consideração apenas os aspectos clínicos apresentados pelos usuários. Essa forma de classificação, pode induzir o usuário a exagerar no relato de sua queixa, pois compreenderá que o profissional é quem irá decidir se ele deve ou não ser atendido, e qual profissional fará este atendimento, ocasionando insatisfação e restrição da sua autonomia.

Para humanizar a assistência, cabe aos profissionais da saúde prestar atenção aos problemas trazidos pelos usuários, escutando-o ativamente, valorizando suas queixas e identificando suas necessidades individuais e coletivas. Sensibilização, empatia e compreensão acerca dos protocolos por profissionais e usuários, podem ser itens essenciais para amenizar tais situações. A flexibilização no uso dos protocolos por profissionais, por meio da escuta, também é essencial para qualificar o ato de acolher (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Em um estudo realizado por Falk et al. (2011, p. 7) o significado de acolhimento para os profissionais da saúde, foram “encaminhamentos para outros profissionais (27,3%), para individualidade e escuta (27,3%), atenção (18,2%) pré-avaliação (18,2%) e resolutividade (9,1%)”. No entanto, o significado de acolhimento para os usuários, foram:

[...] atenção (30%), seguido da rapidez ou agilidade no atendimento (27,3%), resolutividade (10%), encaminhamento e orientações (ambos com 8,2%), individualidade e escuta (6,4%), pré-avaliação (3,6%), medicação ou curativos (3,6%) e consultas (2,7%) (FALK et al., 2011, p. 7).

Os usuários também caracterizaram “como fator mais importante ou indispensável no acolhimento o encaminhamento a outros profissionais (55,7%), seguidos da resolutividade (28,4%), da rapidez (11,4%) e da atenção (4,5%)” (FALK et al., 2011, p. 7).

Para Falk et al. (2011), o encaminhamento tem por intuito ampliar a cobertura e favorecer a resolutividade da assistência em saúde dos usuários, principalmente para os serviços que não possam ser realizadas na atenção primária, e como o tratamento com algumas especialidades, emergências, alguns exames e hospitalizações. Em suma, o encaminhamento objetiva solucionar problemas percebidos no acolhimento ao usuário.

Ideia Central 7: Acredito que não é acolhimento, é uma triagem, um atendimento inicial.

DSC 7: Eu não sei se considero acolhimento, na minha visão é uma triagem, tipo... Precisa ou não precisa de vaga, sabe? Conversar, escutar, ver qual é a queixa... Mais ou menos assim. Então... porque acolhimento na minha visão é você ouvir o paciente, acolher ali, né? E não só passar para outro profissional. Então eu acho que acolhimento não é o nome, aqui... Raramente o pessoal escuta o que ele trouxe. Na recepção, seria um falso acolhimento, né? A gente não pode considerar que seria um acolhimento. É um atendimento inicial, né?

Diferentemente do que se pensa, a triagem não é um acolhimento. Na triagem ocorre a seleção das pessoas que serão atendidas no serviço, à medida que no acolhimento todas as

peessoas são recebidas por meio de uma escuta qualificada, atendimento, e, se necessário, encaminhadas a outros serviços (BRASIL, 2010).

Da mesma forma, que no estudo realizado por Mitre, Andrade e Cotta (2012), percebe-se, que há dificuldade na compreensão, pelos profissionais de saúde, do processo de trabalho no acolhimento, pois estes o reconhecem como uma “triagem humanizada” e argumentam isso devido a demanda de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. O acolhimento na gestão participativa não é debatido e a resolutividade dos problemas de saúde apresentados pelos usuários é discutido como responsabilização dos profissionais da saúde.

Para Maynart et al. (2014, p. 301), por meio da escuta “é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado”. Assim, é algo fundamental no ponto de vista do cuidado integral ao usuário.

Os participantes relatam a situação em que se sentem escutados, quando há atenção, compreensão e disponibilidade. Ressaltam a importância em ser ouvido pelo profissional do serviço. Considera a escuta sinônimo de confiança e prontidão e respeito a sua singularidade. Salaria a importância do sigilo e que nem tudo deve ser redigido no prontuário para garantia da escuta (MAYNART et al., 2014, p. 302).

Sholze (2014) reafirma a importância das reuniões mensais com médicos, enfermeiras, auxiliares/técnicas de enfermagem, auxiliar administrativo e ACS, a fim de discutir o acolhimento com classificação de risco e sanar dúvidas. Entretanto, as dificuldades vivenciadas partiam, na maioria das vezes, das auxiliares/técnicas de enfermagem, pois assumiam o papel central no acolhimento.

O autor também contatou que haviam diferentes formas de relatar as queixas e critérios de risco nos registros feitos pelas auxiliares/técnicas de enfermagem, pois não era hábito o registro dos seus atendimentos nos prontuários e como solução propôs a criação de:

[...] um Boletim de Acolhimento, a ser preenchido e anexado ao prontuário, também permitindo o registro quando a pessoa atendida não possuía prontuário na unidade. Este boletim detalhava os itens mínimos a serem verificados no acolhimento, padronizando a coleta dos dados necessários para o encaminhamento do usuário a outros profissionais, sem exigir que a avaliação inicial fosse completamente repetida, além de proporcionar uma fonte de dados para posterior avaliação do processo (SCHOLZE, 2014, p. 225).

Considerando que o acolhimento busca transformar o processo de trabalho em saúde, e que PNH se preocupa com a capacitação, desenvolvimento, profissional aperfeiçoamento e valorização dos trabalhadores de saúde, é imprescindível que os profissionais estejam capacitados para este acolhimento. Particularmente, o profissional enfermeiro é essencial na realização da prática do acolhimento, pois além de serem encarregados pela coordenação e supervisão de muitos profissionais dos Centros de Saúde da Família, zelando pelo regimento do SUS e operacionalização dos seus programas e políticas, são responsáveis por manter o

ambiente dos serviços de saúde mais dignos e humanos, valorizando a subjetividade humana e prezando por relações benéficas entre os sujeitos envolvidos (COSTA; CAMBIRIBA, 2010).

5.1.2 TEMA 2: Gestão participativa e cogestão

Para a PNH (BRASIL, 2010) a gestão não é apenas campo de atuação de especialistas, mas permite a inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de trabalho em saúde. Dessa forma, torna os sujeitos envolvidos corresponsáveis pela coprodução de saúde (cogestão).

Em outras palavras, a cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão), exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho” (BRASIL, 2010, p. 19).

A cogestão é um compromisso solidário com o interesse público e coletivo, que possui visão crítico-reflexiva e protagonismo dos sujeitos. Por possuir essa configuração, não pode ser atribuição de especialistas e da alta sociedade. Diferente de outras formas de organização, a cogestão não é verticalizada e hierarquizada, fatores que contribuem para a fragmentação dos processos e sujeitos, ela é uma forma de criação de fluxos democráticos que ocasionam mudanças na Rede Atenção à Saúde (BRASIL, 2010; GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

Cogestão significa, então, compartilhamento de poder, constituição de uma rede em que os diferentes espaços convertem-se em instâncias de poder relativo, sujeitos a essas pressões, mas não inteiramente determinados por elas. Poderes parciais na medida em que é reconhecida e legitimada a exigência de considerar outros agrupamentos de interesse, outros projetos, coletivos e sujeitos. Desta forma, o conceito é particularmente fecundo por incidir diretamente na relação hierárquica que caracteriza historicamente a assistência à saúde, enfatizando a potencialidade produtiva e emancipatória da participação dos sujeitos, inclusive na definição das necessidades sociais a que os serviços, e em última instância, as políticas de saúde devem responder (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010, p. 1250).

A cogestão implica a corresponsabilização do cuidado, já que a produção de saúde ocorrerá por acordos entre os sujeitos envolvidos e não por meio de imposições sobre eles. Esse compartilhamento de responsabilidades ocasionará melhor produção de saúde, pois reforça os pressupostos éticos de produção de saúde (BRASIL, 2010). “A cogestão se torna o caminho para a humanização dos serviços, permite que todos sejam corresponsáveis, o que exige maior comprometimento mas também solidariedade e fortalecimento” (TOCCI; COSTA, 2014, p. 204).

Ao encontro disso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 17) afirma que a cogestão é “um campo de ação humana, que visa coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano, para a obtenção de fins, metas e objetivos”.

Tocci e Costa (2014, p. 203-204), afirmam que:

A gestão participativa ou cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo. Deve-se conhecer a realidade institucional, criar espaços de discussões para contextualizar impasses e desgastes, pensar e decidir coletivamente a organização do trabalho, com gestores, usuários e trabalhadores, equipes transdisciplinares efetivas, ouvidoria para mediação entre usuários e instituição, equipes de referências para o acompanhamento de pacientes, grupo de trabalho de humanização e visitas abertas para parcerias entre família e instituição para o cuidado humano e respeitoso com seus pacientes. As pesquisas de satisfação também contribuem para diagnóstico institucional e ambiência.

Ideia Central 8: Unir atenção e gestão é mais complicado. Muita decisão é tomada apenas pelo enfermeiro gestor do CSF.

DSC 8: Às vezes, unir atenção e gestão, é um pouco mais complicado, [...] o coordenador [do CSF], realmente, fica mais direcionado nessa parte de gestão, né? Os coordenadores geralmente chegam com a proposta e é discutida a situação.... Até tem troca umas ideias e tal, mas não tem muita participação... As vezes, é difícil ter momentos de conversa dentro da unidade, a gente, às vezes, não consegue nem se ver. O meio de comunicação, às vezes, é o whatsapp. O enfermeiro [coordenador] traz a situação e se discute, mais isso... Poderia ter mais, com certeza. Então, muita decisão sim, é tomada pelo gestor, somente. O gestor hoje da unidade, tem que pensar em tudo. Tem que ir atrás, que tem que ver, a reunião de equipe, por exemplo, nesse momento a que fica sempre esperando pelo gestor, coordenador, e a reunião já diz “reunião de equipe”, não é reunião do coordenador, e aí acontece esse tipo de situação.

Ideia Central 9: O meu perfil de trabalho, enquanto coordenador, é democrático.

DSC 9: O meu [coordenador] perfil de trabalho, é sempre antes eu ouvir todos. Eu acho que, dá vez e voz a todos, como eu falei, na reunião de equipe, quando eu, enquanto coordenador, dou a oportunidade de todos falarem, a gente tá aqui, tá. Não sou algo assim, autoritarista, de cima pra baixo, vertical, eu tento ouvir, opinar, nas questões, assim, da assistência, porque as decisões tem que ser tomadas em conjunto, enquanto equipe. Ouvir todos, todos os... Ser ativos, porque todos estão produzindo saúde. Não sou eu, exclusivamente, né? Convocar equipes, para elaboração de protocolos, montar nosso planejamento pro segundo semestre, pra tipo, assim... Toda a equipe participa, né?

Ideia Central 10: A equipe multiprofissional do CSF participa das decisões em saúde.

DSC 10: A equipe multiprofissional participa bastante das decisões em saúde... Geralmente nas reuniões, sempre é discutido alguma coisa e levado pra equipe definir, né? Todos da equipe têm essa sensibilização enquanto importância de participarem, enfim, de, é... Se verem enquanto membros, atores da saúde e importantes promoção/promotores, enfim... Desse processo. Há divergências entre os pensamentos (da equipe multiprofissional), né? Mas a gente sempre tenta chegar no denominador comum pra todos.

Observamos nos DSC 8, 9 e 10 que há uma divergência de opiniões quanto a (des)união entre atenção e gestão. Enquanto o DSC 8, afirma que as decisões em saúde ficam a cargo apenas do gestor da unidade, o DSC 9 e o DSC 10, apontam que a sua gestão é democrática e enfatiza a coparticipação dos sujeitos envolvidos.

Conforme Cunha e Magajewski (2012), a gestão do SUS deve partir do trabalho em equipe e colegiados, construídos por gestores, trabalhadores e usuários do SUS. As necessidades de saúde devem ser supridas considerando os valores, crenças e culturas dos

diferentes grupos sociais, de acordo com a concepção de saúde e adoecimento. Assim, os sujeitos envolvidos na gestão em saúde, devem ser considerados sujeitos de direitos, ativos e protagonistas dos processos de trabalho e do binômio saúde-doença. A troca de conhecimentos e experiências entre os envolvidos, fortalecerá a implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde, pois ampliará a responsabilidade social.

A PNH enfatiza o acesso universal, integral e equânime dos serviços de saúde, por meio da indissociabilidade entre atenção e gestão, de forma que uma, não se sobressaia pela outra. Isso é possível por meio da qualificação profissional, humanização das relações de trabalho e atenção holística ao sujeito assistido (TOCCI; COSTA, 2014).

Conforme Tocci e Costa (2014, p. 203):

O Sistema Único de Saúde vem operacionalizando a Humanização através da construção de diferentes espaços de encontros entre usuários, pela troca de saberes, pelo trabalho em rede com equipe multiprofissional, pela identificação das necessidades dos sujeitos, pelo pacto entre os níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) e entre gestores, trabalhadores e usuários.

Conforme Sulti et al. (2015), o coordenador da unidade de saúde controla o estabelecimento mesmo quando ausente fisicamente. Como exemplo disso, menciona a guarda da chave da administração e a senha do e-mail do da unidade. Alguns coordenadores creem que estabelecer regras, protocolos e definir as funções de cada profissional, é suficiente para que o cuidado aconteça. Nessa conjuntura, o trabalhador da saúde é um mero executor de tarefas. Entretanto, ele é o principal ator no processo do cuidado, pois além de agir com conhecimento adquirido na formação, vivencia as situações cotidianas que proporcionam momentos críticos reflexivos, nas quais ele cria projetos e expectativas.

Observa-se, no DSC 8, que a tomada de decisão é centrada no gestor formal da unidade de saúde, cujo forma de gerir é tradicional, pautada na supremacia e caracterizada pelo controle dos processos de trabalho. Da mesma forma, se as diferenças de poder entre gestores forem validadas, o topo da hierarquia elaborará projetos e decidirá os executores das ações (SULTI et al., 2015).

Nos serviços públicos de saúde existem poucos espaços para o compartilhamento e discussão de experiências, “as organizações de saúde [...] devem se constituir como espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial inventivo dos diversos atores desses serviços: gestores, trabalhadores e usuários” (BRASIL, 2010, p. 19).

As reuniões servem para discutir, analisar e dividir responsabilidades, a fim de determinar um denominador comum, chegando ao consenso por meio da participação tríplice dos sujeitos envolvidos, estão entre as formas de implementar a cogestão nos serviços de saúde.

Para isso, a PNH recomenda que datas, horários, locais e pautas sejam definidos, bem como, convocações extraordinárias, sirvam para a tomada de decisões (BRASIL, 2010).

Nessa inclusão, cada um expõe seus desejos, sua forma de olhar uma situação e seus valores, e isso é base para o surgimento de conflitos por poder. Espera-se que o produto dessas divergências sempre vise o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, por meio da efetivação dos seus princípios e diretrizes, na lógica da PNH (BRASIL, 2010).

Assim, a gestão participativa é forma mais eficaz na construção de mudanças nos modos de gerir e cuidar, favorecendo uma assistência mais humana e motivadora para as equipes. A cogestão remete ao trabalho em coletividade, sendo, assim, uma diretriz que objetiva democratizar as relações em saúde e torna-las legítimas a partir da inclusão popular (BRASIL, 2009a).

Tocci e Costa (2014) afirmam que a educação permanente é ferramenta fundamental para a gestão participativa, pois quando apoiada na aprendizagem significativa, por meio de experiências compartilhadas e vivenciadas pelos sujeitos envolvidos em reuniões, rodas de conversa e oficinas, constrói saberes que reorganizam os modos de gerir e cuidar dos serviços de saúde.

Uma gestão democrática dos serviços de saúde, que proporcione o encontro entre os usuários e profissionais da saúde, requer mudanças na organização do trabalho em saúde, exigindo que as tarefas sejam estabelecidas e que responsabilidades sejam assumidas pelos trabalhadores (BRASIL, 2009a).

Humanizar é pensar o sujeito como um todo na sua singularidade, considerando as suas diferenças. O compartilhamento de conhecimentos entre gestor, trabalhador e usuários modifica as formas de produção de saúde. Os diferentes olhares sob uma mesma situação, contribui com a sua resolutividade, além de tornar os sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis (TOCCI; COSTA, 2014).

Ideia Central 11: Deveria haver uma aproximação maior entre a Secretaria de Saúde e os CSF. Tem coisas que “vêm de cima” e não tem aplicabilidade.

DSC 11: Eu acho que, de repente, uma aproximação maior, seria necessário [a nível de secretaria?] Isso... Porque senão tenho que sair daqui, do meu horário de trabalho, pra conversar alguma coisa, se tem algum problema aqui, é difícil deles virem até aqui. Se tivesse uma aproximação maior, de eles virem aqui... Então seria mais fácil, né? Tem coisas que “vêm de cima”, que não tem o mínimo de aplicabilidade aqui, né? Coisas impostas de cima pra baixo, e que a gente tinha que seguir. Que não condizia, as vezes, com a prática assistencial, que tava totalmente discrepante de algo que a gente conseguisse vir a pôr em prática.

Conforme Fontana, Lacerda e Machado (2016), o processo de trabalho em saúde é definido como ações conjuntas desenvolvidas por trabalhadores da saúde, na qual os usuários, família e grupo social são o objeto de trabalho, e o conhecimento e a experiência são as ferramentas utilizadas na atenção à saúde. Já, os modelos de atenção, originados da combinação tecnológica, são formas lógicas de organizar o trabalho em saúde.

Para PNH (BRASIL, 2013), gestão é mais do que a organização do processo de trabalho, ela envolve, além das políticas públicas, as necessidades, os saberes, interesses e poderes, que influenciam o trabalho de gerir. Segundo Figueiredo et al. (2010, p. 237), “a gestão aqui denominada de participativa ou de cogestão, agrega características como a autonomia; o protagonismo; a corresponsabilização de usuários, trabalhadores e gestores; a criação de vínculos solidários; e a participação coletiva na gestão e nos processos decisórios”, além da valorização dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho e de produção de saúde (BRASIL, 2010).

Não obstante, soma-se a essa concepção de gestão a prevenção ao excesso de corporativismo; o entendimento do funcionamento da organização e a sua relação com as necessidades da comunidade; o ajustamento das decisões e ações a um contexto particular; o compartilhamento de poder com a equipe; o fortalecimento da equipe, com a conseqüente redução do peso da hierarquia e dos procedimentos burocráticos, tornando a organização mais flexível; fomento à inovação e resolução de problemas no âmbito da própria organização; intenso sistema de comunicação; relações pessoais mais valorizadas, com a aproximação entre as chefias e os seus colaboradores localizados na base do processo produtivo; maior diálogo, troca de informações democratização das decisões, de forma a aproximá-las dos reais problemas encontrados e favorecer a agilidade do processo de trabalho (FIGUEIREDO et al., 2010, p. 237).

No nível municipal, a forma de gerir os serviços de saúde é estratégica quando consolida seu processo de trabalho a partir de um modelo de saúde baseado nas necessidades da população. Implementar formas de monitoramento do processo de trabalho em saúde é fundamento, visto que o trabalho das equipes depende de assistência administrativa qualificada, estruturada e sistematizada das ações em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016). Entretanto, Viegas e Penna (2013) afirmam que apesar dos gestores serem os responsáveis pelo funcionamento do sistema de saúde, adequando-o às diretrizes doutrinárias e organizacional do SUS, dependem de deliberações superiores para executar ações e serviços.

O estudo realizado por SULTI et al., (2015), constatou que a gestão municipal de saúde é representada, nas unidades de saúde e colegiado gestor, pelo secretário da saúde. Ademais, apesar do colegiado ser um dispositivo da cogestão, e espaço de coletivo de inclusão de gestores, trabalhadores de saúde, usuários e movimentos sociais, foi constatado, que inúmeros profissionais não compreendiam sua atuação naquele espaço. No decorrer da reunião, os

profissionais assumiam postura submissa frente ao coordenador e demais representantes, estando presentes apenas como ouvintes das propostas. Além disso, as reuniões de colegiado eram sempre agendadas por representantes da secretaria, responsáveis, também, pela elaboração da pauta.

Para Vieira et al. (2017), a participação do trabalhador é fundamental para que o sistema nacional de saúde se concretize. Essa participação contribui com a construção de um sistema público e democrático de saúde, efetivando-o, e reafirma o compromisso com os ideais do movimento da Reforma Sanitária, e por isso, deve ser estimulada.

Em seu estudo, Figueiredo et al. (2010) constatou que em localidades onde a Estratégia Saúde da Família é hierarquizada, nas quais há apenas a participação de especialistas em gestão e secretários e coordenadores da saúde, são realizadas reuniões internas e visitas aos serviços de saúde, assim, a tríade dos sujeitos envolvidos negociam formas de sanar as necessidades encontradas pela própria coordenação.

Quando se refere a organização e funcionamento do trabalho das equipes da ESF, a gestão assume ações de administração e gerência dos recursos humanos e materiais e da padronização do trabalho. Em relação aos recursos humanos, os gestores assumem:

“[...] atividades relacionadas à contratação, substituição, estruturação da equipe e ao cumprimento de carga horária denuncia dificuldades na consolidação da Estratégia, chamando a atenção o fato de que o gestor necessita ocupar-se dessas funções para garantir o funcionamento da ESF no âmbito municipal” (FIGUEIREDO et al., 2010, p. 245).

As ações de organização e funcionamento da ESF são inerentes às competências da gestão municipal descritas na PNAB, que ainda aponta a garantia de infraestrutura para o funcionamento dos CSF, como recursos humanos e materiais, a remuneração dos profissionais das equipes de Saúde da Família e o abastecimento das bases de dados nacionais, através dos dados registrados no sistema municipal de saúde (BRASIL, 2012).

Figueiredo et al. (2010) constataram duas formas de gestão, a partir do modo com que a gestão municipal se comunica com a equipe de gestão, com as equipes de Saúde da Família e com a comunidade. A primeira é gestão tradicional, cuja hierarquização prevalece na tomada de decisões, além do controle do trabalho e produção da saúde e da imposição de responsabilidades aos trabalhadores e usuários da saúde, da fiscalização dos serviços, padronização do trabalho e administração de recursos materiais e humanos. A segunda relaciona-se ao conceito de cogestão, pois há incentivo à corresponsabilização, autonomia e protagonismo de gestores, trabalhadores e usuários nos processos de produção de saúde, a partir da articulação entre eles.

Para Sulti et al. (2015), existem duas formas de gerir: a de controle e subordinação e à gestão participativa e cogestão. Ambas, agindo concomitantemente, geram incoerência, ocasionando práticas pouco eficazes de produção de saúde. Tanto a primeira, quanto a segunda forma de gerir os serviços de saúde são influenciadas pelas políticas públicas, instituídas pelo Ministério da Saúde, cujo intuito é normatizar o sistema. Além disso, fatores socioambientais influenciam os processos de trabalho, principalmente características pertinentes a cada município, como sua extensão territorial, população residente e quantidade de equipes de Saúde da Família existentes (FIGUEIREDO et al., 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), quanto maior o número de habitantes do município, maior a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, o que gera uma diferença na complexidade da estruturação gerencial do município. Ao oposto disso, quanto menor o número de habitantes de um município, menos complexa é a organização da gerência dos serviços de saúde.

O processo de trabalho da gestão municipal da Estratégia Saúde da Família “inclui ações de organização/funcionamento da estratégia; de formação/educação permanente ou continuada; e de monitoramento e avaliação, salientando-se que cada uma delas apresenta seus respectivos desdobramentos” (FIGUEIREDO et al., 2010, p. 254), também verificou que as ações de monitoramento e avaliação são pouco realizadas e, quando efetuadas, estão relacionadas aos processos de trabalho das equipes de saúde e a satisfação em realizá-los. Em relação ao trabalho das equipes, o monitoramento e a avaliação existe para acompanhar e dar suporte as equipes. Assim, há uma preocupação com a satisfação dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, e da mesma forma, com a cumprimentos das normas de funcionamento do serviço de saúde e da produtividade das equipes de Saúde da Família, já que são itens necessários para o repasse financeiro ao município.

Ideia Central 12: Há participação dos diferentes atores nos conselhos locais de saúde.

DSC 12: Nessa última reunião [conselho local de saúde], a gente debateu sobre como funciona a unidade, se a gente tem alguma mudança, como que vai ser, assim, nesse sentido... E também respondendo o que eles perguntam pra gente. Então se tem alguma reivindicação, alguma coisa que a gente possa ajudar, possa nortear eles, ou fazer juntos, trabalhar juntos... Teve algumas reuniões que veio o pessoal da Secretaria...

Um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a participação social. Este princípio visa a democratização da gestão e da atenção à saúde, e é reforçado pela Política Nacional de Humanização que visa a inclusão de gestores, trabalhadores e usuários nos processos decisórios em saúde, desde o planejamento e execução até a avaliação da gestão e do cuidado, por meio do diálogo nos espaços públicos de saúde. Dessa forma, é possível

compartilhar conhecimento por meio da singularidade existente, proporcionando a corresponsabilização dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010).

O Manual de Gestão Participativa e Cogestão elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) também afirma que os trabalhadores da saúde participam pouco das decisões que envolvem o seu estabelecimento de trabalho. Talvez isto atribui-se ao fato de que a atuação é dificultada pelos tramites burocráticos que permeiam gestões centralizadoras e raramente participativas.

Um estudo realizado por Fontana, Lacerda e Machado (2016) apontou precariedade nas relações entre os sujeitos envolvidos nos processos de saúde, principalmente no quesito “Participação Popular nas Decisões em Saúde”, pois os profissionais não valorizavam o diálogo e as rodas de conversa como forma de aprender coletivamente, unindo o saber popular dos usuários e comunidade ao conhecimento técnico-científico da gestão e profissionais. E ainda, a população utilizava estes espaços apenas para reclamar sobre os atendimentos de saúde.

A fim de operacionalizar a participação social, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, orienta a formação dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal e Local de Saúde, composto por 50% conselheiros (25% trabalhadores e 25% gestores da saúde) e 50% por usuários do sistema. As pessoas que representarão os Conselhos de Saúde devem possuir compromisso político com seus representados (BRASIL, 1990).

Para Cunha e Magajewski (202), os Conselhos de Saúde são meios de exercer a democracia participativa, com intuito de fortalecer e garantir os direitos de cidadania na saúde. Os Conselhos são formas de garantir a gestão participativa da saúde, possuem legalidade e podem formular estratégias, controlar a execução de políticas públicas de saúde, e fiscalizar aspectos econômicos e financeiros. Entretanto, não substituem os três poderes, mas interagem com eles: Executivo, Legislativo e Judiciário.

Os Conselhos de Saúde têm o dever de participar da gestão da saúde, acompanhando a formulação, execução e avaliação dos planos de saúde, fiscalizando se os valores estão sendo gastos de acordo com o previsto, além de observar se os resultados esperados também estão sendo alcançados. A coerência das atividades previstas nos planos de saúde, conforme preconizado pelo SUS, e a sua execução, a partir do comprometimento permanente dos gestores, merece destaque, pois é a principal função dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2009a).

Nos dias atuais, há avanços significativos na ação dos Conselhos de Saúde, no que diz respeito à elaboração e controle das políticas públicas de saúde. Entretanto, ainda existem grandes obstáculos, como:

[...] o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infraestrutura; a falta de regularidade

de funcionamento; a ausência de outras formas de participação; a falta de transparência nas informações da gestão pública; a insuficiência de formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde e a baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012, p. 74).

A Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990) também aponta as Conferências Nacionais de Saúde como espaços estratégicos para a participação popular. As Conferências Nacionais de Saúde devem ser realizadas a cada quatro anos, e convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde. Independentemente da Conferência Nacional, os municípios devem realizar suas próprias conferências para discutir diretrizes das políticas públicas de saúde, a fim de aperfeiçoar a atenção à saúde da população.

Conforme Cunha e Magajewski (2012), o SUS possui o desafio de consumir o direito à saúde de forma universal, integral, equânime e gratuita, no entanto, conciliar a ideia de um Sistema Único de Saúde com a diversidade apresentada nos 5.364 municípios brasileiros, obrigou a gestão a criar formas alternativas de negociar e pactuar políticas públicas nas três esferas do governo.

A fim de suprir a fragmentação da gestão do SUS, as esferas federal, estadual e municipal instituíram a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), nos âmbitos Nacional e Estadual, respectivamente. Essas Comissões são as formas importantes do exercício da gestão compartilhada, mesmo que reúnam gestores, que devem definir estratégias corresponsáveis em saúde, a partir das necessidades encontradas. Da mesma forma, a participação social não deve ser restrita apenas nestes âmbitos formalizados de saúde, e sim estar presente no cotidiano dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010).

5.1.3 TEMA 3: Ambiência

Conforme a PNH (BRASIL, 2010), a ambiência refere-se ao espaço físico que abrange os meios social, profissional e interpessoal. Esse espaço deve ser acolhedor, resolutivo e humano. Nos serviços de saúde, a ambiência refere-se ao tratamento do espaço físico, ou seja, é mais do que a construção material, deve considerar a realidade em que está inserida. Assim, deve visar a confortabilidade dos sujeitos, a partir de ambientes privativos e individuais, deve favorecer o encontro de sujeitos, e servir como um instrumento facilitador do processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2010; GARCIA et al., 2015; OLIVEIRA, 2014).

Tradicionalmente, a assistência à saúde foi curativa e biologicista, focada no tratamento das doenças, tornando os ambientes de saúde como pequenos “feudos”, a serem utilizados por

profissionais e usuários enfermos. Com a inclusão dos diferentes sujeitos nos processos de saúde, a ambiência dos estabelecimentos pôde ser pensada de forma multifuncional, agrupando os espaços e garantindo a biossegurança, prevenindo infecção hospitalar e acidentes biológicos (BRASIL, 2010).

Na atualidade, as tecnologias duras ainda são mais utilizadas para a produção de saúde, do que as tecnologias leve-duras e leves para o cuidado ao usuário, e o seu uso induz ao pensamento de que a produção de saúde só é efetiva se existirem bens materiais. Há uma dificuldade, entre os profissionais, de compreender que os processos, protocolos e ações desenvolvidas na produção de saúde podem constituir-se também como tecnologias, uma vez que se referenciam a saberes e conhecimentos constituídos (GARCIA et al., 2015).

Na PNH, o acesso ao serviço de saúde, o acolhimento e o vínculo são recursos tecnológicos utilizados entre trabalhadores e usuários, a fim de transformar as ações em saúde em acolhedoras e resolutivas. Essa política ressalta a importância das tecnologias duras na saúde, mas salienta o uso das tecnologias leves por meio das relações empáticas, respeitosas e solidárias entre os sujeitos. Neste contexto, salienta-se que as tecnologias se complementam e não se anulam (GARCIA et al., 2015).

A ambiência, como uma das tecnologias, significa o espaço arquitetônico de um CSF deve proporcionar acolhimento e humanização para os sujeitos envolvidos nos processos de trabalho em saúde. Nos estabelecimentos de saúde, a ambiência é caracterizada pelas tecnologias leve, leve-dura e dura e pelos componentes visíveis, olfativos e audíveis, como a luz, o odor e os ruídos (BRASIL, 2008).

A palavra ambiência origina-se do francês “*ambiance*” e também pode ser entendida como “meio ambiente”. A ambiência é formada por “[...] valores objetivos como forma, função, cor, textura, ventilação, temperatura, iluminação, sonoridade e simbologia” (BESTETTI, 2014, p. 602). Esses fatores possuem significado subjetivo e determinam a relação que o sujeito vai ter com o meio. O espaço físico proporciona convivência e interação social, e o significado destas relações produzirá percepções individuais acerca do ambiente (BESTETTI, 2014).

Ideia Central 13: A ambiência não interfere no vínculo dos usuários aos Centros de Saúde da Família.

DSC 13: A ambiência não interfere no vínculo com os usuários dos Centros de Saúde da Família. O ambiente físico não... nunca interfere, a gente sempre dá um jeito pra isso. A nossa unidade de saúde, ela é bem estruturada.

No discurso acima, percebe-se que o entendimento de ambiência se resume à estrutura física do CSF e, dessa forma, não interfere no vínculo com os usuários. Conforme o Ministério

da Saúde (BRASIL, 2010, p. 5) “ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico”. Assim, além do projeto arquitetônico, deve-se considerar o meio em que está construído e as relações interpessoais estabelecidas, priorizando a confortabilidade e a subjetividade humana, atuando como ferramenta facilitadora do trabalho.

Os CSF devem ser construídos conforme estrutura física preconizada pelo manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). A estrutura deve ser facilitadora das mudanças das práticas em saúde e “[...] deve focar as instalações elétricas e hidráulicas, ventilação, luminosidade, fluxo de usuários e facilidade na limpeza e desinfecção” (BRASIL, 2008, p. 27).

Conforme a Cartilha da Ambiência do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 27):

Para um ambiente confortável, em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço como, por exemplo: recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante, telefone público, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros; tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros.

O DSC acima aponta que a boa estruturação do Centro de Saúde da Família, não interfere no acolhimento aos usuários. Ao encontro disso, segue o DSC abaixo:

Ideia Central 14: Ambientes adequados não interferem no vínculo dos usuários.

DSC 14: Se você tem uma estrutura adequada, uma sala adequada, de repente pra fazer só o acolhimento, se você tem uma estrutura, né? Adequada... É uma situação. Uma unidade ampla, com espaço, com salas adequadas para a escuta, para o atendimento, isso influencia bastante. Até para os pacientes chegarem aqui na unidade e verem a unidade bonita, organizada. Então, se você tiver uma estrutura adequada, claro, ajuda bastante!

Conforme a Cartilha da Ambiência (BRASIL, 2008, p. 7):

[...] a UBS deve ser compatível tanto com a pró-atividade da Equipe de Saúde da Família em seu trabalho na comunidade quanto com o imperativo de acolher as demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios, quando necessário. Os espaços sugeridos devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade e ao número de usuários esperados e também viabilizar o acesso de estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde, na rotina de sua aprendizagem. Esses fatores delimitam prioridades, estabelecem limites e propõem a organização dos processos de trabalho, na perspectiva da ambiência. É importante salientar que nada impede que os municípios estejam ampliando as perspectivas estruturais trazidas, até porque, não se objetiva a padronização das estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o trabalho das ESF mas, sim, auxiliar municípios com dificuldades na definição das questões estruturais.

Para Bestetti (2014) conforto é a situação de bem-estar do indivíduo com o ambiente, considerando a composição material e imaterial e as percepções dos sujeitos relativo àquele

local. A confortabilidade diz respeito aos fatores que qualificam e modificam o espaço, estimulando a percepção (BRASIL, 2010; BESTETTI, 2014).

Assim, ao criar a ambiência, é importante o conhecimento e respeito à cultura, à privacidade, à autonomia e à vida coletiva da localidade em que se está inserido (BRASIL, 2010). Um ambiente terapêutico deve proporcionar conforto e interação entre usuários, família e equipe de saúde, visando o acolhimento e o vínculo entre os sujeitos envolvidos, fortalecendo valores de solidariedade, respeito e corresponsabilidade. Assim, a confortabilidade do ambiente favorece o cuidado (GARCIA et al., 2015).

No estudo realizado por Oliveira (2014), os fatores que influenciam na ambiência das UBS foram: carência de privacidade no consultório médico; temperatura elevada das salas devido falta de ventilação; ausência de cadeiras com encosto para os usuários aguardarem atendimento; precarização na manutenção e conservação da unidade, com mofo e descamação da pintura; espaço físico pequeno da recepção; inexistência de espaços adequados para atividades de educação e promoção da saúde e reuniões; localização da UBS de difícil acesso; inadequação do local de guarda de documentos (prontuários); falta de um bebedouros e copos para os usuários; e presença de animais na proximidades da UBS. Os profissionais reconhecem que essas inadequações, podem interferir na qualidade do atendimento (OLIVEIRA, 2014).

Conforme a Cartilha da Ambiência do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 27):

Para um ambiente confortável, em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço como, por exemplo: recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante, telefone público, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros; tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros.

Ideia Central 15: Centros de Saúde da Família menores favorecem o vínculo com os usuários.

DSC 15: Como é uma unidade que ainda é pequena com 3.400 usuários, quase 3.500, então a gente conhece todos os pacientes, conhece todas as histórias. Então a gente tem um vínculo.

O conceito de humanização, apresentada pela PNH, faz jus à mudança nos modos de gerir e cuidar dos serviços de saúde, por meio da aproximação de usuários, trabalhadores e gestores e da valorização dos diferentes saberes, tornando os sujeitos corresponsáveis nos processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2010).

A ambiência é a ferramenta utilizada para proporcionar o encontro entre os sujeitos, que por meio do compartilhamento de experiências e reflexão, devem contribuir para a produção de novas formas de gerir e cuidar. A criação de ambientes confortáveis, perpassa a estrutura física

e organização dos espaços, e envolve as condutas das pessoas naquele meio. Um ambiente humanizado, favorece o bem-estar e a resolutividades das ações (BESTETTI, 2014).

Bestetti (2014), também afirma que a ambiência dos estabelecimentos de saúde deve organizada, de modo a considerar a singularidade dos sujeitos atendidos, valorizando sua cultura e necessidades. Acolher remete a ação de aproximação e inclusão. O acolhimento dos usuários favorece o estabelecimento de vínculos, relações de confiança e comprometimento entre eles e os profissionais e serviços de saúde.

Ideia Central 16: Os sons derivados da proximidade dos usuários aos consultórios, prejudicam os atendimentos.

DSC 16: Às vezes, a gente acaba o ouvindo o som quando está em atendimento, até porque eles [pacientes] ficam bem próximos dos consultórios, né?

Os sons também influenciam no conforto. Ambientes muito barulhentos causam inquietude, nervosismo e irritação, já, ambientes silenciosos podem causar amedrontamento e insegurança (BESTETTI, 2014). A PNH sugere o uso de música ambiente em enfermarias e salas de espera, também considerando a proteção sonora, de modo a garantir a privacidade e controlar ruídos (BRASIL, 2010).

As formas de controlar os sons são diversas, e vão desde o planejamento de um estabelecimento, posicionando adequadamente as aberturas, utilizando isolamentos acústicos, até a organização e disposição dos espaços existentes, ampliando a distância em relação à origem do som, a fim os melhores locais para a realização das atividades. Além dos efeitos térmicos e luminosos, a cobertura vegetal também pode ser útil como isolante sonoro, favorecendo o conforto dos usuários e auxiliando no paisagismo (BESTETTI, 2014).

Além dos sons, as cores auxiliam a refletir ou atenuar a luz, compensando falta ou reduzindo o excesso (BRASIL, 2010). Para Bestetti (2014) A cor relaciona-se aos sentidos e pode causar relaxamento ou induzir ao movimento. Além disso, pode causar alterações térmicas (frio, calor), despertar sentimentos (alegria, tristeza), além de favorecer ou não a luminosidade do ambiente, reduzindo ou não, o consumo de energia elétrica.

Focos de luz individuais podem ser utilizados nas enfermarias, contribuindo para a iluminação, facilitando o trabalho dos colaboradores e atividades dos pacientes. Ademais, “toda pessoa tem direito à noção de tempo (dia, noite, chuva ou sol), o que pode influenciar no seu estado de saúde” (BRASIL, 2010, p. 62). Além disso, Bestetti (2014) afirma que ambientes pouco iluminados causam cansaço visual. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) recomenda que os ambientes sejam claros, utilizando luminosidade natural sempre que possível.

A temperatura de um ambiente é influenciada pela localização geográfica, condições ambientais, quantidade de janelas e portas, e uso de equipamentos de ventilação e exaustão, que possibilitem a circulação do ar (BRASIL, 2008). Temperaturas altas causam sensação de desânimo, letargia e diminuição da produtividade. A sensação térmica é influenciada pelos hábitos alimentares, adiposidade e vestuário (BESTETTI, 2014).

O ar ambiente não possui mais que 19% de oxigênio. Essa quantidade, é suficiente para o corpo humano atender seu metabolismo. Quando essa taxa se reduz, os movimentos incursórios tornam-se mais ofegantes, a fim de suprir a necessidade metabólica, causando mal-estar nos indivíduos. A ventilação de um local torna ou não o ambiente insalubre (BRASIL, 2008; BESTETTI, 2014).

Os odores também influenciam nas sensações, tornando o ambiente agradável ou indesejado (BESTETTI, 2014). O cheiro refere-se aos odores do ambiente, que podem ou não interferir no bem-estar das pessoas (BRASIL, 2010).

Ideia Central 17: Os CSF deveriam ter uma sala específica para prestar acolhimento aos usuários.

DSC 17: Quando a gente pensa em acolhimento tem que ter, mais adequadamente, uma sala específica, né? Com rodizio de profissionais, que nem na Política. Pra tu prestar, por exemplo, um acolhimento de qualidade, eu preciso de uma sala com sigilo, não barulhenta, né? Uma ambiência, em que me proporcione eu dar uma qualidade pra esse atendimento, e ter o... Enfim, eu consigo dar uma escuta, né? Dar... Ter essa atenção com qualidade. Uma fecha..., uma porta com fechadura, que eu consigo fechar, trancar e não ficar interferindo nessa minha escuta, nesse meu acolhimento com o usuário. Muitas vezes, a gente tá fazendo atendimento, por exemplo, de saúde mental... O paciente tá chorando, ele tá falando de alguma situação bem complicada, e a gente é interrompido 3, 4 vezes.... Às vezes por outros profissionais, às vezes por pacientes. Precisava ter uma porta com fechadura, que eu consigo fechar, trancar e não ficar interferindo nessa minha escuta, nesse meu acolhimento com o usuário.

A privacidade é garantida utilizando divisórias, cortinas, biombos ou outros elementos móveis. A individualidade distingue um paciente do outro, considerando suas singularidades. As relações entre trabalhadores e usuários devem ser pautadas no respeito à privacidade, direito que pode ser garantido por meio do planejamento da ambiência nos estabelecimentos de saúde (GARCIA et al., 2015).

A privacidade está relacionada à intimidade do indivíduo, a honra e imagem, e é elemento facilitador das relações estabelecidas entre profissionais e usuários (BESTETTI, 2014). Na saúde, garanti-la é uma forma de demonstrar empatia, preocupação e valorizar o usuário, respeitando seus valores, sua cultura e sua autonomia na tomada de decisão. O desrespeito a privacidade, nos serviços de saúde, pode ocorrer de diferentes formas, como do corpo, do psicológico, da moral e da confidencialidade de informação (GARCIA et al., 2015).

Por serem mais próximos aos usuários, residindo no mesmo território, e ainda, por frequentarem suas residências, o direito à privacidade das informações individuais e familiares é imprescindível no vínculo estabelecido entre o ACS e os usuários. Essa relação desperta inquietações quanto a privacidade e confidencialidade das informações, principalmente por serem relatadas durante as reuniões de equipe (GARCIA et al., 2015).

Em seu estudo, 46,3% dos enfermeiros e 36,8% dos médicos entrevistados, relataram dificuldade na realização de reuniões de equipe com privacidade. Esse fato aumenta o risco da violação da privacidade dos usuários. O enfermeiro assume papel de “advogado” do paciente e é o responsável por garantir que seus direitos não sejam violados. Ademais, garantir a privacidade dos usuários e o sigilo de informações envolve questões éticas, legais e morais da profissão (GARCIA et al., 2015).

Maynard et al. (2014, p. 302) afirmam que “a falta de ética de alguns profissionais ao repassar uma informação pessoal do usuário para outras pessoas, que afeta a capacidade de confiar no próximo. ” A garantia da privacidade tem reflexo favorável nas relações interpessoais, cria ambientes de saúde favoráveis, atribui credibilidade à equipe e propicia ambientes satisfatórios (GARCIA et al., 2015).

Ideia Central 18: A estrutura física antiga dos CSF não comporta mais equipes de Saúde da Família, que seriam necessárias para um bom acolhimento.

DSC 18: Se a gente for pegar dado, por exemplo, do IBGE de 1990, comparando com 2018, a população que cresceu em Chapecó [...] e demanda pra... Mais uma eSF, porém a gente não tem nem estrutura física, porque a estrutura da maioria das unidades é antiga, e aí o que dificulta mesmo, é isso... E não outro fator.

A construção de uma UBS exige planejamento embasado no contexto sociocultural e nos determinantes e condicionantes de saúde da localidade em que estará inserida, e a sua implantação ocorre, prioritariamente, em áreas de vulnerabilidade social. Também deve considerar a quantidade da população adscrita e também para propiciar acesso de estudante das da área da saúde, durante sua formação (OLIVEIRA, 2014).

O adoecimento dos usuários é influenciado pelo contexto social. Assim, o acompanhamento da população adscrita é essencial para reduzir as taxas de morbimortalidade. Por isso, o acesso dos usuários à UBS é outro item a ser considerado, por isso, as UBS devem ser construídas em locais estratégicos, afim de favorecer a universalidade, integralidade e equidade, sem que haja dificuldades no acesso da população (OLIVEIRA, 2014).

Ao encontro disso, Bestetti (2014), afirma que a adequação de equipamentos complementares aos espaços (bancos, apoios e outros dispositivos de acesso) que geram menos esforço, evitando danos à saúde. Pessoas com mobilidade reduzida, como deficientes físicos,

obesos, gestantes, crianças de até seis anos e do idosos acima de sessenta anos de idade, frequentam menos os ambientes coletivos, e isso atribui-se ao fato da acessibilidade reduzida. Pensar espaços acessíveis é fortalecer indiretamente os princípios organizativos do SUS, além de contribuindo com a segurança e evitando acidentes (BESTETTI, 2014).

Um ambiente bem sinalizado, possibilita maior autonomia aos usuários, reduzindo riscos de desorientação. A sinalização de um ambiente pode ser feita por meio de escrita (frases, textos) ou imagens (figuras), caracteres em relevo (Braille) ou por meio de recursos sonoros (BRASIL, 2008).

Em seu estudo, Garcia et al. (2015) aponta que, dos entrevistados, 65,8% de enfermeiros/médicos, 65,0% de auxiliares/técnicos e 59,5% dos ACS relataram a falta de manutenção do espaço físico das UBS. Isso relaciona-se ao fato de que muitos destes estabelecimentos, comportavam, anteriormente, outras instalações. Além disso, 62,0% de ACS, 60,7% de enfermeiros/médicos e 52,5% de auxiliares/técnicos relataram que a estrutura física da UBS não é capaz de abrigar, adequadamente, mais de uma equipe de Saúde da Família.

Complementar a isso, 54,5% dos ACS, 50,0% de auxiliares/técnicos e 49,4% de enfermeiros/médicos, afirmaram que alguns espaços, incluindo, consultórios são partilhados por mais de uma equipe. No entanto, o MS preconiza que os espaços das UBS sejam utilizados interdisciplinarmente, por vários profissionais, a partir de um planejamento prévio, porém, os consultórios, devem ser utilizados por membros de apenas uma equipe (GARCIA et al., 2015).

Em seu estudo, Oliveira (2014) relata que a falta de privacidade no consultório médico foi mencionada como fator principal no atendimento ao paciente. A elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, e estabelece que a privacidade é o direito a não interferência na vida privada dos usuários. A privacidade é direito do paciente não ser observado sem autorização. Porém, a (des)estrutura da unidade, expõe pacientes a situações constrangedoras e desconfortáveis (OLIVEIRA, 2014).

O compartilhamento dos espaços nas UBS surge como solução financeira para os municípios. Porém, vale ressaltar que o espaço físico de uma unidade de saúde deve proporcionar condições humanizadas não só aos usuários, mas, também, condições dignas de trabalho aos colaboradores. Contudo, fica nítido, que o compartilhamento de espaços incomoda os trabalhadores, gerando tensões e comprometendo a qualidade do cuidado (GARCIA et al., 2015).

Para Oliveira (2014), a estrutura da UBS deve ser compatível com a estrutura da equipe e das atividades que serão realizadas por ela, prestando assistência eletiva e acolhendo a demanda espontânea, atendendo as demandas trazidas e continuando os cuidados em domicílio,

quando necessário. A ambiência pode ser melhorada com a participação das equipes de Saúde da Família na elaboração do projeto arquitetônico.

5.1.4 TEMA 4: Clínica ampliada e compartilhada

A Clínica Ampliada é definida pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010) como uma ação que ultrapassa os limites de um atendimento convencional de saúde, onde um profissional dá o diagnóstico da doença. As pessoas são analisadas na sua integralidade e não somente pelo quadro clínico que vêm apresentando. Por exemplo: um hipertenso é diferente de outro, que além da hipertensão, esteja deprimido, isso influenciará no progresso da doença, e exige que o serviço esteja preparado para perceber cada pessoa como um ser único.

Para atender os usuários utilizando os pressupostos desta diretriz, a equipe de saúde deve considerá-lo na sua singularidade, ser responsável e ética em todos os atendimentos, estabelecer parcerias intersetorialmente, reconhecer seus limites científicos e tecnológicos, e estabelecer vínculos multiprofissionais. A equipe multiprofissional de Saúde da Família pode implementar esta diretriz por meio da discussão de casos nas reuniões de equipe, isso possibilitará analisar cada situação e debater a forma de atendimento àquela pessoa (BRASIL, 2010).

Entretanto, o que pode ser bom na visão de um profissional, pode contribuir para o adoecimento do usuário. Assim, valores morais devem ser deixados de lado. Nesse caso, é correto analisar como o usuário se percebe neste processo e dar autonomia a ele (BRASIL, 2010).

Ideia Central 19: Existem consultas compartilhadas entre médicos e enfermeiros no CSF.

DSC 19: Existem consultas compartilhadas, diariamente, com atendimento compartilhado. O usuário aguardo aqui, a gente [enfermeiros] vai lá e discute o caso com eles [médicos] e depois dá essa devolutiva... Com os médicos. Ou entre nós enfermeiros. Na identificação algum problema a gente conversa, troca ideias, solicita, a gente tem que fazer consulta compartilhada, né?

Conforme Vergílio e Oliveira (2010), a forma fragmentada de prestar assistência ao usuário, a partir dos sinais e sintomas, já não se mostra eficaz no tratamento ao usuário. Deve ser levado em conta a sua integralidade, subjetividade, hábitos de vida, fatores socioeconômicos (desemprego, renda, pobreza) e culturais, pois influenciam direta ou indiretamente, a saúde dos sujeitos.

A forma de atendimento tradicional, baseado na queixa-conduta e reduzida ao atendimento médico, é repensada e torna-se mais ampla e ao mesmo tempo singular. O biológico é empobrecido se não considerado às relações do usuário com o meio em que vive.

Neste contexto, a Clínica Ampliada surge como alternativa a forma arcaica biologicista e médico-centrada, e amplia as possibilidades de tratamentos e intervenções, tirando o foco da doença e colocando o usuário no centro desse processo (VERGÍLIO; OLIVEIRA, 2010).

Assim, parceria entre serviço de saúde, usuário, família e sociedade em geral é estabelecida, corresponsabilizando os sujeitos envolvidos, a fim de promover a qualidade de vida e dar resolutividade aos seus problemas. Os profissionais devem estabelecer compromissos com os usuários, fomentando mudanças na vida dos sujeitos, estimulando-os a produzir, trabalhar e viver diariamente, mesmo com a cronicidade de algumas doenças (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) menciona as equipes de referência como forma de organizar a assistência prestada. Essas equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais), discutiriam casos e elaborariam os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), conforme cada caso e a disponibilidade de recursos. Os PTS são uma forma de reorganizar os processos de trabalho em saúde, estabelecendo vínculos entre os profissionais e deles com os usuários, proporcionando a resolutividade dos problemas na sua integralidade.

O vínculo, comunicação e a escuta qualificada são itens essenciais na implementação da Clínica Ampliada. Esses elementos devem ser utilizados pela equipe de enfermagem, usuário, família, comunidade e outros profissionais. A escuta qualificada, extrapola o que está previsto nos protocolos, visa acolher a queixa e entender o que está subjetivo a ela, correlacionando os sinais e sintomas com a vida do usuário (BRASIL, 2010).

A Clínica Ampliada rompe a hierarquização do saber e desmistifica a ideia de que os profissionais são detentores do conhecimento, possibilitando que os usuários participem da elaboração de intervenções, sem que se sintam constrangidos e inferiorizados pelo saber profissional (VERGÍLIO; OLIVEIRA, 2010).

Para que a Clínica Ampliada se efetive, é necessário o trabalho multiprofissional e intersetorial, e isso requer a reorganização dos padrões de atendimento. Conforme a PNH, os profissionais não devem utilizar de inúmeros tratamentos e submeter os usuários a exames e intervenções desnecessárias, a fim de encontrar o diagnóstico. Por isso, os casos devem ser discutidos na Clínica Ampliada. Além de reduzir os danos à saúde, isso gera economia financeira para o município (BRASIL, 2010).

Assim, é importante que o profissional torne o usuário corresponsável pelo processo saúde-doença, e não culpabilize-o. Ademais, a equipe deve considerar o investimento do usuário nas recomendações de saúde, levando em conta que alguns usuários sentem dificuldades em “obedecer às ordens” ou possuem outras prioridades, e a equipe não deve se

enfurecer por isso. Por isso, deve incentivar a mudança de hábitos, ofertando possibilidades e não apenas restringindo (BRASIL, 2009b).

No início das consultas, levantar questionamentos sobre a doença ou infantilizar os usuários não são condutas recomendáveis, devido sua ineficácia. Deve-se valorizar a qualidade de vida, ajudando o usuário a viver melhor e não submetê-lo as propostas profissionais. Assustar os usuários também não é válido, pois pode torna-lo hiperutilizador do serviço de saúde ou gerar resistência ao tratamento recomendado (BRASIL, 2010).

Por fim, é possível perguntar se o usuário compreendeu as orientações da consulta profissional por meio da validação, já que a linguagem pode ter sido incompreensível. Também é fundamental ouvir a opinião do usuário acerca das causas da sua doença e usufruir da rede sócio-familiar do usuário, favorecendo a adesão ao tratamento (BRASIL, 2010).

No contexto de trabalho do profissional enfermeiro, podemos mencionar o Processo de Enfermagem, introduzido no Brasil em 1970 pela Enfermeira Wanda de Aguiar Horta. Essa forma de sistematizar as ações de enfermagem consiste em seis fases (histórico, diagnóstico, prescrição, implementação e avaliação de enfermagem), e leva em conta a Teoria das Necessidades Humanas Básicas para a sua elaboração. Da mesma forma que preconizado pela PNH, o Processo de Enfermagem possui uma visão integral do ser humano, na sua dimensão biopsicossocioespíritual, diferente do que a medicina tradicional considerava para elaboração dos seus diagnósticos (VERGÍLIO; OLIVEIRA, 2010).

A reorganização da prática clínica estabelece vínculos e atribui responsabilidade aos sujeitos envolvidos, tendo como foco a resolutividade dos problemas de saúde trazidos pelos usuários. Essa reestruturação, aproxima a equipe multiprofissional e interdisciplinar, aprimorando o compromisso com os usuários e rompendo com obstáculos relacionados a comunicação e a burocratização dos serviços (BRASIL, 2009b).

Os componentes da Clínica Ampliada servem para aprimorar o Processo de Enfermagem, proporcionando um cuidado mais eficaz, humanizado e integral ao sujeito, família e coletividade. Atualmente, o desafio é ter criatividade e coragem para rever os modos de gerir e cuidar dos serviços de saúde (VERGÍLIO; OLIVEIRA, 2010).

Ideia Central 20: O enfermeiro do CSF trabalha em parceria com o NASF.

DSC 20: O enfermeiro tem uma grande parceria com o NASF também, a gente trabalha com todos os profissionais. A gente sempre quer trabalhar em equipe assim, né?

A Portaria nº 158 de janeiro de 2008, institui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) cujo objetivo é ampliar as ações da Atenção Básica de Saúde, com vistas a

resolutividade. O NASF conta com profissionais de diferentes áreas que atuam com as equipes de Saúde da Família, organizando ações a partir das demandas elencadas em conjunto. O NASF também pode desenvolver ações no território, articulando-as com a eSF ou outros setores, como escolas, igrejas, creches, pastorais e ONGs (BRASIL, 2014).

A composição multiprofissional do NASF é definida pela gestão municipal e varia conforme as necessidades territoriais e dados epidemiológicos. Em Chapecó, o município implementou o NASF em outubro de 2010, e, atualmente, as equipes são compostas por: educador físico, farmacêutico fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e assistente social (BRASIL, 2014; CHAPECÓ, 2018).

O processo de trabalho do NASF prioriza o atendimento conjunto (por exemplo: grupos) utilizando a troca de conhecimentos e experiências entre os sujeitos envolvidos. Algumas situações podem ser encaminhadas ao NASF para atendimento individual e elaboração de intervenções específicas, mas somente após discussões entre a equipe multiprofissional de Saúde da Família e conclusão de que se trata de casos extremamente prioritários (BRASIL, 2014).

Os profissionais do NASF trabalham do ponto de vista do apoio matricial, ou seja, compartilham seus conhecimentos e experiências com a finalidade de complementar a equipe de referência (equipe de Saúde da Família). Esse trabalho interdisciplinar, promove ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Da mesma forma, a Clínica Ampliada fomenta a articulação e diálogo entre os diferentes saberes para a compreensão do processo saúde-doença, e da necessidade de incluir os usuários como membros corresponsáveis por este processo (SUNDFELD, 2010).

Conforme o Plano Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Chapecó, referente à gestão 2018-2021, o NASF executa ações individuais e coletivas, por meio de grupos de usuários, atividades de educação permanente, discussão de casos, dos processos de trabalhos e apoio matricial, e elaboração do Projeto Terapêutico Singular (CHAPECÓ, 2018).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é a forma preconizada pela Política Nacional de Humanização (PNH) para a efetivação do cuidado integral e interdisciplinar ao usuário. Esse dispositivo é resultado dos debates entre profissionais e do compartilhamento com o usuário, pois as intervenções terapêuticas e as metas a serem alcançadas são negociadas e elaboradas a partir da singularidade do sujeito. O PTS não possui caráter impositivo (BRASIL, 2014).

Da mesma forma, a Clínica Ampliada prevê a articulação entre os diferentes profissionais e diversos serviços (saúde, assistência social, educação e outros), afim de discutir casos clínicos, atender os usuários de forma compartilhada (em consultórios, grupos

ou visitas domiciliares), construir PTS e elaborar intervenções efetivas e singulares, com foco na prevenção, promoção e reabilitação da saúde (SUNDFELD, 2010; BRASIL, 2014).

5.1.5 TEMA 5: Valorização dos trabalhadores da saúde

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010), faz uma crítica a organização dos serviços de saúde, afirmando que ainda são poucos os espaços que funcionam de forma coletiva, por meio da discussão e compartilhamento de experiências. Ademais, ainda existem outros problemas, como a precarização das condições de trabalho, a desvalorização dos trabalhadores pelo governo e pela população, e a gestão centralizadora e autoritária, que causam adoecimento dos trabalhadores (BRASIL, 2010).

O trabalho é composto por um conjunto de atividades que possuem diferentes características e são realizadas por trabalhadores que possuem conhecimentos específicos. Não se trata apenas daquilo que existe para ser executado, mas também aquilo que foi pensado, mas não executado. O processo de trabalho utiliza o trabalhador em si, e seus esforços para elaboração de estratégias profissionais. Assim, o trabalhador também é gestor e produtor de conhecimentos e novidades (BRASIL, 2010).

Além de prestar assistência, os serviços de saúde deveriam ser espaços coletivos de inovação, integrando usuários, trabalhadores e gestores, já que ambos possuem histórias, demandas, valores, crenças e queixas diferenciadas, e o compartilhamento dessas informações gera formas corresponsáveis do saber-fazer saúde (BRASIL, 2010).

Conforme a PNH (BRASIL, 2010, p. 36) “o trabalho em saúde pode ser comparado a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos”. Essa frase metafórica serve tanto para um estabelecimento de saúde que possui diferentes profissionais, quanto para o Sistema Único de Saúde (SUS), com seus diferentes serviços.

[...] a qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores também dependerão de como a gestão facilita esse diálogo e reforça a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde, uma vez que gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento (BRASIL, 2010, p. 36).

Como uma das diretrizes da PNH, a Valorização dos Trabalhadores da Saúde enfatiza a valorização da produção de conhecimentos a partir do compartilhamento de experiências dos trabalhadores em seu cotidiano, e aposta na formação de grupos e coletividades, com capacidade de analisar os processos de trabalho e sugerir transformações em seu meio de trabalho, afim de construir “sujeitos e coletivos autônomos e protagonistas, corresponsáveis pela atenção, gestão, eficácia e eficiência do SUS” (BRASIL, 2010, p. 36).

Ideia Central 21: Se houvesse plano de salários e carreiras haveria uma maior valorização.

DSC 21: Não tem esse plano de salários e carreiras, não existe. Eu acho que tendo esse aí, seria bem mais valorizado, né?

A implantação de Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) é fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (COSTA et al., 2010).

O Plano de Carreira é definido como o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoa (COSTA et al., 2010, p. 122).

O Artigo 4º, inciso VI, da Lei 8.142/90, traz a obrigatoriedade do PCCS no âmbito do Sistema Único de Saúde. Entretanto, a maioria dos municípios, não aplicam tais leis (COSTA et al., 2010). Após a instituição do PCCS-SUS, espera-se mudanças relacionadas aos recursos humanos na área da saúde,

“[...] pois a forma de contratação será somente por concurso, cujo resultado será: a existência de vínculos, o desenvolvimento na carreira do trabalhador será através da promoção e progressão, será permitida a concessão de gratificações ou adicionais no interesse da administração ao trabalhador pelo exercício em condições especiais como: dedicação exclusiva ao SUS, atuação na Atenção Básica, posto de trabalho de difícil provimento ou localização em área longínqua ou de difícil acesso, atividade de alto risco e exercício profissional em urgência ou emergência, lembrando-se ainda que outras condições especiais poderão ser objeto de gratificação ou adicional ficando a critério do dirigente do órgão ou instituição” (COSTA et al., 2010, p. 122).

Isso gerará impacto positivo na vida do profissional de saúde, pois possibilita o desenvolvimento da sua carreira no SUS e, posteriormente, uma aposentadoria digna. As vantagens da implementação do PCCS-SUS também melhorarão a prestação de serviços de saúde à população brasileira (COSTA et al., 2010).

Para Vieira et al. (2017), a existência de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários não significa que toda legislação é, de fato, cumprida. Estudos evidenciaram fragilidades na implementação de mecanismos de avaliação de desempenho nos planos de carreira, principalmente em municípios com menos habitantes. Assim, constatou-se que aperfeiçoar as práticas de gestão do trabalho é o maior desafio dos serviços de saúde.

Em uma pesquisa realizada por Vieira et al. (2017), cujo objetivo era analisar os Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) do Ministério da Saúde, mostrou que a maioria dos profissionais não estavam satisfeitos com a implementação dos PCCS. Conforme percebido, a maior insatisfação é da categoria médica, que consideram seus salários baixos.

Entre os principais desafios da implementação do PCCS, Vieira et al. (2017), menciona a valorização do trabalho em equipe como indicador do desempenho profissional, e a inclusão

de todos os profissionais (como, administrativos e Agentes Comunitários de Saúde) com intuito de diminuir as desigualdades trabalhistas na saúde.

As principais reivindicações dos trabalhadores, em relação ao PCCS, são: “regulamentação de processos previstos no plano, como a avaliação de desempenho; extinção das organizações sociais; melhores condições de trabalho e infraestrutura; 30 horas para a categoria de enfermagem; e implementação de processos de educação permanente” (VIEIRA et al., 2017, p. 116).

A implantação de um PCCS não possui ganhos apenas remuneratórios, é um ótimo instrumento de melhoria das condições de trabalho, pois visa a capacitação profissional e o reconhecimento e valorização do trabalhador. Entretanto, a implantação de um PCCS, no setor público, é um processo que exige inúmeras negociações entre os entes envolvidos, principalmente com os trabalhadores e representantes do estado, pois são eles que usufruirão dos benefícios da implementação, e possuem o dever de considerar o impacto financeiro da inserção de um plano aos cofres públicos, respectivamente (VIEIRA et al., 2017).

Em um estudo realizado por Mendonça et al. (2010), a rotatividade de profissionais foi mencionada como um obstáculo no desenvolvimento do trabalho na ESF. Em relação à escassez de profissionais da saúde, os gestores afirmaram que ela ocorre principalmente em relação aos médicos, e em todos os níveis de atenção à saúde (VIEIRA et al., 2017). Já, em relação às outras categorias profissionais, “os respondentes relataram a existência de oferta que excede a incorporação deles pelo mercado de trabalho” (VIEIRA et al., 2017, p. 117).

Segundo gestores e profissionais da saúde, a rotatividade é derivada de inúmeros fatores, como: remuneração e condições de trabalho precárias, carga horária integral, oportunidades limitadas de prosperar profissionalmente, pouco comprometimento profissional e formação incompatível com o modelo organizacional da Estratégia de Saúde da Família (MENDONÇA et al., 2010).

Como estratégia utilizadas por gestores para que os profissionais permaneçam em seus locais de trabalho, foi a equiparação de salários médicos especializados em saúde da família com os demais especialistas, e a complementação salarial para profissionais dos CSF que atuam em localidades de maiores riscos e vulnerabilidades. Entretanto, ainda há a necessidade de intervir na gerência dos CSF, de modo que estes proporcionem condições adequadas de trabalho e compatíveis com as atividades desenvolvidas, espaços organizados, confortáveis e higiênicos, munidos de recursos materiais e segurança (MENDONÇA et al., 2010).

Ideia Central 22: Existem outras formas de valorizar os profissionais.

DSC 22: Na minha opinião, não é só plano de salário e de carreira que valoriza o funcionário... os trabalhadores são valorizados pela equipe, pelos colegas... A própria maneira de tratar um servidor, valoriza. Na medida do possível a equipe recebe capacitação [da Secretaria de Saúde], recebe treinamentos, recebe informação... A questão de valorização vai muito de... De ser lembrado, de ser capacitado, de escutar essas queixas, de direcionar... Muitas vezes é elogiar as coisas boas.

O trabalho humano deve visar a organização dos serviços e os interesses dos trabalhadores. Se não houver consistência entre ambos, surgem conflitos, ocasionados uma por gestão parcial, hierárquica, autoritária e causadora do adoecimento dos colaboradores, pois eles se submetem ao trabalho devido a necessidade de trabalhar e lá, é submetido à realização dos interesses das instituições de saúde (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) problematiza essa questão, pois essa forma de gerir os serviços, torna os trabalhadores mero executores de tarefas, sem voz ativa nas decisões em saúde. Entretanto, afirma que os trabalhadores devem ser supervisionados na realização de suas tarefas, bem como, estimulados a produzirem, a fim de que o sistema funcione de forma adequada. Nesta concepção, esse modelo de gestão tem a função de organizar e manter o funcionamento dos serviços, ao mesmo tempo, produz infantilização dos trabalhadores, torna o ambiente de trabalho um espaço de repetição e submissão, fragmenta os processos de trabalho e causa alienação e adoecimento (BRASIL, 2010).

Para a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010), trabalhar faz parte do ser humano, e não se resume àquilo que está previsto para ser executado, mas ao que se realiza nas situações de trabalho, inclui desde os acordos realizados até o que foi pensado e não colocado em prática. Assim, a Política Nacional de Humanização visa uma compreensão ampla do conceito “saúde” e busca analisar sua realização no contexto de trabalho, tornando esses processos menos desgastantes para os trabalhadores.

Desde sempre, os serviços de saúde se organizam baseados no saber das categorias profissionais e não tinham objetivos em comum. Essa estruturação não garante que os diferentes saberes das diferentes profissões se complementem, impossibilitando o cuidado solidário e a ineficácia em proporcionar um tratamento digno, acolhedor e qualificado. Essa organização desmotiva trabalhadores e não envolve os usuários nos processos de produção e decisões de saúde (BRASIL, 2009a).

Para Tocci e Costa (2014), o acolhimento deve ser algo costumeiro, presente no dia-a-dia, deve iniciar pelo gestor para com os trabalhadores e, posteriormente, estender-se para os usuários, pois quem se sente acolhido, sabe acolher.

Em relação às capacitações, Figueiredo et al. (2010), identificou, em seu estudo, que não há realização de atividades de formação e educação na gestão municipal. Entretanto, ações pontuais realizadas para as equipes de saúde ganharam destaque, e foram representadas pelas

capacitações com temas específicos, que ocorriam no desenvolvimento do processo de trabalho ou durante ações com aquela finalidade (FIGUEIREDO et al., 2010).

A escolha das temáticas parte do interesse da gestão municipal, e está relacionada com o cumprimento de metas e indicadores de saúde, bem como, em ações programadas e instituídas pelo Ministério da Saúde. Alguns exemplos dessas capacitações são: atualização da técnica da vacina rotavírus, forma de abordagem precoce das gestantes do município, sensibilização das equipes para algumas metodologias de trabalho, e a realização de um seminário anual de troca de experiências entre as equipes de Saúde da Família (FIGUEIREDO et al., 2010).

Outra forma de valorização dos trabalhadores, mencionada acima é a capacitação e o aperfeiçoamento profissional. Para Mendonça et al. (2010), o desenvolvimento científico e tecnológico acelerado do mundo atual, principalmente na área da saúde, faz com que surja a necessidade de atualização constante dos trabalhadores, cujo conhecimento adquirido permita trabalhar com as inúmeras (a) diversidades que existem atualmente.

Com o advento e expansão da Estratégia de Saúde da Família, como modelo de atenção primária da saúde brasileira, a necessidade de aperfeiçoamento e atualização profissional é ainda maior, visto que esta forma de gerir e cuidar faz críticas às formas tradicionais e engessadas de prestar saúde. Assim, a qualificação profissional é objeto de discussão na saúde, pois torna os trabalhadores capazes de lidar com as múltiplas demandas de saúde (MENDONÇA et al., 2010).

No Brasil, atividades de educação permanente ganham destaque no cotidiano do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. A partir de estudos que avaliaram a gestão do trabalho na Atenção Básica (AB) por meio de entrevistas realizadas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), verificou-se que o destaque de ações no campo da educação permanente estava relacionado ao Telessaúde e aos cursos presenciais, os resultados repetiram-se no primeiro e segundo ciclo (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

A qualificação dos profissionais da saúde é fundamental para a concretização da Atenção Básica, e é um desafio constante para a gestão pública do SUS, já que requer continuidade das ações, a fim de aprimorar as competências técnicas-científicas de cada profissional, além de desenvolver atividades de aperfeiçoamento voltadas para as ações coletivas e comunitárias, conforme preconizada pela ESF (MENDONÇA et al., 2010).

Conforme Mendonça et al. (2010), há um maior número de profissionais da ESF qualificados em municípios cujo setor de recursos humanos é bem estruturado. Assim, enfatiza-se novamente a necessidade de uma formação profissional adequada conforme o modelo

organizacional da Estratégia Saúde da Família, principalmente para médicos, afim de estabelecer comprometimento profissional com os princípios e diretrizes norteadoras da AB.

Nos municípios estudados, foi perceptível a necessidade de capacitação técnica para cada especialidade médica, conforme os participantes, a capacidade técnica contribui para a resolutividade e credibilidade da Atenção Básica. Ao encontro disso, gestores afirmam que a qualificação médica poderia diminuir o número de encaminhamentos aos especialistas, além de garantir mais segurança ao estabelecer diagnóstico médico e tratamento (MENDONÇA et al. (2010).

Qualificação, em saúde pública, dos gestores das Unidades Básicas de Saúde, também proporcionam melhor articulação das ações na UBS. Mendonça et al. (2010) também ressalta a formação de sanitaristas, de forma que as atividades de monitoramento e levantamento de dados epidemiológicos, em conjunto com as equipes de Saúde da Família, contribua com a vigilância em saúde do território.

Os autores também apontam que parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Universidades podem ser úteis no fornecimento de ações de atualização profissional sobre a ESF, permitindo qualificação dos serviços prestados e adequação do perfil do profissional ao modelo de trabalho da ESF. Da mesma forma, o uso de tecnologias de informação e comunicação (por exemplo, o Telessaúde e UnaSUS) tem contribuído com a qualificação profissional, pois proporciona a resolutividade, promove a comunicação entre os profissionais, padroniza os princípios e diretrizes e facilita a atenção e gestão da APS (MENDONÇA et al., 2010).

Ideia Central 23: Distinção na valorização das profissões da equipe multiprofissional.

DSC 23: Algumas categorias são valorizadas. Alguns sim, outros não, a enfermagem não é uma categoria valorizada. A categoria médica, por exemplo, é valorizada, se for ver, até o critério salário, eles recebem um abono de 5.000 reais por mês no salário. Que é um abono produtividade. No entanto, a enfermagem atende muito mais e não recebe nenhum centavo de gratificação, e querendo ou não isso influencia, sim, em uma boa vontade de estar sempre sorrindo pro usuário.

Os recursos humanos do SUS são itens importantes para que o Estado possa garantir a saúde como direito à população brasileira, eles constituem a base viável para implementação de ações e serviços de saúde disponíveis para a população. Portanto, investir em recursos humanos, é investir na qualidade do sistema de saúde público brasileiro (COSTA et al., 2010).

O trabalho ocupa grande espaço na vida das pessoas, e se for algo limitante da capacidade de inovar, a chance de adoecer por conta da ocupação profissional é muito maior. Para Costa et al. (2010), a definição de “trabalho precário” é a falta de proteção social do trabalhador, que se encontra destituído de direitos e benefícios assegurados pela Constituição

Federal. O trabalho precário acarreta a falta ou o descompromisso dos trabalhadores com o serviço de saúde e usuários, contribui com a desqualificação dos serviços, multiplica a rotatividade dos funcionários e desfaz vínculos entre os usuários e as equipes de Saúde da Família, além de ampliar os problemas trabalhistas (COSTA et al., 2010).

Entre os problemas enfrentados pelos trabalhadores da saúde, estão os baixos salários, que impossibilitam a dedicação exclusiva do profissional ao SUS; as condições de infraestrutura precária para exercer tarefas básicas; a falta de incentivos para qualificação profissional; e as trocas de cargos gerenciais no início de cada gestão, municipal, estadual ou federal, alteram as políticas públicas de saúde, intervindo na prestação de serviços aos usuários (COSTA et al., 2010).

Pode-se considerar também como condições inadequadas de trabalho os aspectos relacionados ao ambiente físico de trabalho que expõem o trabalhador/usuário a situações de riscos à saúde e/ou impede o profissional de saúde desenvolver sua função; jornada de trabalho aliada ao excesso de hora extra ou plantões, a falta de recursos humanos na equipe, por exemplo, fatores estes que influenciarão na qualidade de prestação de serviço aos usuários bem são fatores condicionantes de stress, interferindo assim, na saúde do profissional, bem como na qualidade do serviço prestado (COSTA et al., 2010, p. 120).

Em seu estudo, Peruzzo et al. (2018, p. 2) traz algumas situações podem interferir negativamente no trabalho em equipe, como:

[...] profissionais não cooperativos, estruturas organizacionais rigidamente hierarquizadas, desigualdade social entre os membros da equipe e a alta rotatividade dos profissionais nos serviços. Além de contribuírem para o surgimento de dificuldades relacionadas a recursos humanos, outros fatores também poderão interferir na assistência oferecida à comunidade, como quantitativo de profissionais insuficientes e mão de obra não qualificada.

A diferenciação salarial pode ser fator gerador de relações interpessoais fragilizadas entre os membros da ESF, que colaboram para a não realização do trabalho em equipe, e associam-se ao “individualismo, à falta de cooperação, de comprometimento, de respeito e de corresponsabilização” (PERUZZO et al., 2018, p. 02). A existência de conflitos, o distanciamento e a resistência em incluir novos profissionais, o convívio com diversas personalidades, a escassez de recursos, o excesso de trabalho e a desvalorização dos trabalhadores, também foram mencionados como dificuldades no relacionamento entre os membros de uma equipe (MARTINS; LUZIO, 2017; PERUZZO et al., 2018).

Por outro lado, relacionamentos interpessoais saudáveis no ambiente de trabalho são facilitados por meio do diálogo, respeito, confiança, reuniões para discussão de ideias e troca de conhecimentos, gerenciamento de conflitos e pela valorização do trabalho em equipe. O cooperativismo, a união, a tolerância e o comprometimento entre os membros, também são características que fortalecem o trabalho em equipe (PERUZZO et al., 2018).

Dentre as estratégias utilizadas para integração entre os membros da equipe multiprofissional, reuniões de equipe são a principal forma de manter um ambiente de trabalho mais harmonioso. Outra alternativa, é conhecer o trabalho dos colegas, compreendendo os obstáculos diários que eles encontram para a realização de suas atividades. Encontros e conversas informais também foram citadas como oportunidades para a criação de vínculos entre os membros da equipe. Além disso, a formação qualificada dos profissionais, com ênfase nas relações interpessoais entre a equipe multiprofissional, contribui para o desenvolvimento do trabalho em equipe, qualificando a assistência à saúde (PERUZZO et al., 2018).

Em Aracaju, por exemplo, os profissionais de saúde conquistaram igualdade salarial a partir do Plano de Carreiras, Cargos e Salários, permitindo que profissionais não médicos cotejassem salários acima do valor de mercado, ao mesmo tempo, reduziu os salários dos médicos, influenciando negativamente na sua adesão (MENDONÇA et al., 2010). Para Vieira et al. (2017), a negociação, do profissional com o gestor, é crucial, pois deve considerar os interesses dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho.

Costa et al. (2010), afirma que não existem apenas diferenças intrínsecas entre os trabalhadores, mas sim, entre as diferentes profissões, os diferentes locais de trabalho e os diferentes horários de trabalho, portanto, cada situação deve ser analisada de forma equânime, a fim de adequar os processos de trabalho para cada realidade, da melhor forma possível, tornando agradável a vivência nos serviços de saúde e melhorando a qualidade dos serviços à população brasileira.

Para Mendonça et al. (2010), a dificuldade em contratar e fixar os profissionais médicos na Estratégia Saúde da Família, de modo que eles cumpram as 40 horas semanais, é devido as diversas inserções profissionais possíveis no mercado de trabalho público e privado, e da dedicação exclusiva exigida por algumas Secretarias Municipais de Saúde. Além disso, baixas remunerações e a atuação em áreas de maior vulnerabilidade social, também contribuem com a defasagem do quadro de profissionais.

Concursos públicos tem sido utilizados, por gestores, como alternativas para contratação dos profissionais, pois “tem possibilitado vínculos trabalhistas mais estáveis, com impacto positivo na fixação dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família, ao mesmo tempo em que encerra a perspectiva de melhoria de desempenho das ações de saúde” (MENDONÇA et al., 2010, p. 2359).

Na gestão de recursos humanos para a atenção primária, a contratação por concurso público coloca-se como uma estratégia essencial, para facilitar a fixação de profissionais, embora não suficiente para manter os profissionais em suas posições de trabalho. Um fator limitante é a não vinculação desta estratégia à definição de plano de carreira específico para a área da saúde (MENDONÇA et al., 2010, p. 2359).

Por fim, Mendonça et al. (2010) afirma, que as tentativas de igualar os salários para todos os profissionais de nível superior, nos municípios estudados, são “insustentáveis, em médio prazo, considerando a estrutura de emprego, o mercado de trabalho e a oferta de profissionais qualificados” (MENDONÇA et al., 2010, p. 2360).

Ideia Central 24: O PMAQ é uma forma de valorizar os trabalhadores da saúde.

DSC 24: A partir do momento que começou o PMAQ então começou vim uma... Como é que se diz?! Um auxílio, um dinheiro a mais nesse sentido, acho que ali até foi valorizado, porque foi distribuído entre todos, né? Entre a agente de saúde, auxiliar, médico, todo mundo recebe um pouco a mais por tá participando, por tá se esforçando, pra deixar tudo certinho, organizado, por causa disso, então... Acho que tá se encaminhando para isso.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), como o próprio nome já diz, objetiva desenvolver ações acerca da melhoria do acesso e da qualidade no Sistema Único de Saúde. Dentre as ações, destaca-se o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, cujo objetivo é avaliar os resultados desta política de saúde em suas dimensões, e principalmente na Atenção Básica, intitulado PMAQ-AB (BRASIL, 2015).

O PMAQ avalia o desempenho do sistema de saúde, nas esferas municipal, estadual e federal do governo, com intuito de avaliar os resultados da política de saúde, a fim de que estes, subsidiem os processos de tomada de decisão e a garantia da transparência da gestão do SUS, além de assegurar o controle social e o sistema de saúde público e gratuito aos usuários (BRASIL, 2015; FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

O PMAQ-AB é dividido em quatro etapas: 1) Adesão e contratualização; 2) Desenvolvimento; 3) Avaliação externa; e 4) Recontratualização. A terceira etapa se refere a avaliação de um aglomerado de indicadores para análise das condições de acesso e da qualidade dos serviços ofertados pelas equipes de Saúde da Família (FAUSTO et al., 2014).

Para Moraes e Iguti (2013), esses indicadores são denominados como forma de produção de boas práticas da saúde, que além de modular o perfil dos profissionais, induzem o trabalhador a assumir esse compromisso, pois será cobrado. O PMAQ-AB não visa a avaliação do trabalho individual, mas sim das equipes. Além de reforçar o caráter competitivo, também exerce pressão entre os trabalhadores, já que o desempenho individual pode comprometer o resultado da equipe.

A devolutiva dos resultados, ocorre por meio de pagamento, variável, conforme o desempenho de cada equipe de Saúde da Família. Os recursos do PMAQ-AB, não visam atingir os trabalhadores da AB, e sim, ocorre por meio do repasse fundo-a-fundo, cujo valor é transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Assim, os municípios decidem qual será o destino do valor recebido (MORAES; IGUTI, 2013).

Em Chapecó, o Decreto nº 29.113, de 28 de abril de 2014 (CHAPECÓ, 2014), regulamenta o uso do incentivo financeiro do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica do Ministério da Saúde - PMAQ – AB. Cujo 50% do valor deverão ser aplicados na melhora da estruturação da Atenção Básica municipal e 50% serão pagos aos servidores municipais dos Centros de Saúde da Família e aos vinculados a Atenção Básica do Município, sob forma de “Prêmio de Qualidade e Inovação - PMAQ/AB”.

A porcentagem do recurso é repassado aos servidores municipais da seguinte maneira: 8% para coordenadores dos Centros de Saúde; 9% para os Enfermeiros; 27% divididos entre Médico, Cirurgião Dentista, Farmacêutico, Fisioterapia, Serviço Social, Educação Física, Nutrição e Psicologia (NASF); 30% Técnico em Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário e Auxiliar de Administração e Motorista; 21% para Agente Comunitário de Saúde e Auxiliar de Serviços Internos; e 5% para servidores efetivos, da Secretaria de Saúde, vinculados ao PMAQ (CHAPECÓ, 2014).

5.1.6 TEMA 6: Defesa dos direitos dos usuários

A primeira Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde foi publicada pela Portaria GM/MS nº 675, em 30 de março de 2006, e divulgada em forma de texto, para gestores e profissionais da saúde, e ilustrada, para os usuários e comunidade. A segunda Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, surgiu a partir da revisão da anterior, e está disponível na Portaria GM/MS nº 1820, de 13 de agosto de 2009 (BRASIL, 2010).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde apresenta, em artigos, os princípios, diretrizes e dispositivos utilizados pela Política Nacional de Humanização, o que reforça a indissociabilidade entre os dois, já que a Defesa dos Direitos dos Usuários está entre as seis diretrizes da PNH (BRASIL, 2010).

Embasada pela universalidade do acesso, integralidade e equidade, somados à participação popular nas decisões em saúde, por meio da gestão participativa e da cogestão, a Política Nacional de Humanização afirma que o usuário é parte de um sociedade organizada e munida de direitos e deveres, que a tornam cidadãos (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012). A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em seus 11 artigos, reforça a cidadania:

O Artigo 1º dispõe “[...] sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente” (BRASIL, 2011, p. 5); no Artigo 2º “Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde” (BRASIL, 2011, p. 5); no Artigo 3º “Toda pessoa tem

direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde” (BRASIL, 2011, p.7); e no Artigo 4º “Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos” (BRASIL, 2011, p. 11).

O Artigo 5º aponta que “Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde” (BRASIL, 2011, p. 15); no Artigo 6º “Toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção” (BRASIL, 2011, p. 18); no Artigo 7º “Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação” (BRASIL, 2011, p. 21); e no Artigo 8º “Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores” (BRASIL, 2011, p. 24).

O Artigo 9º reconhece que “Os direitos e deveres dispostos nesta Portaria constituem a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (BRASIL, 2011, p. 26); o Artigo 10º afirma que “Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação” (BRASIL, 2011, p. 26); e o Artigo 11º revoga “[...] a Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 63, de 31 de março de 2006, Seção 1, página 131” (BRASIL, 2011, p. 26).

Ideia Central 25: O direito ao atendimento dos usuários é respeitado.

DSC 25: Na questão acho que do atendimento, quando eles chegam procurando alguma coisa, tu não diz que não tem já de cara, a gente não faz no caso, a gente sempre procura escutar eles, ver o que eles estão precisando, né? E a gente tenta resolver, ajudar naquela situação. Eles sabem sim dos direitos, são respeitados, porque todo seu atendidos sai com uma resolutividade. Não saem daqui sem ser atendidos ou ser agendado uma consulta ou uma escuta, né? Uma orientação... Se não tem vaga, a gente sempre direciona para um lugar, a gente não deixa ele descoberto, né?

O Artigo 3º da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, traz que “Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde” (BRASIL, 2011, p.7). No seu parágrafo único, afirma que é direito do usuário ter atendimento adequado à sua necessidade, de qualidade, no tempo certo e com continuidade do tratamento, e para isso seja possível deve ser assegurado (BRASIL, 2011, p. 7-11):

I – atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e em condições adequadas de atendimento; II – informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível; III – toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde; IV – registro atualizado e legível no prontuário; V – o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento; VI – o recebimento das receitas e as prescrições terapêuticas; VII – recebimento, quando prescritos, dos medicamentos que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo, deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde; VIII – o acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que

fortaleça sua autonomia, e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário; IX – o encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento [...].

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o Artigo 3º, vem ao encontro da Clínica Ampliada e Compartilhada, que enfatiza que o tratamento é mais amplo do que eliminar os sinais e sintomas, mas visa a qualidade de vida dos usuários, e amplia o conceito de saúde, que deve ser avaliado de forma individual para cada sujeito, considerando todas as circunstâncias, o diferente na sua diferença.

A Clínica Ampliada e Compartilhada, une a percepção do próprio usuário acerca da sua situação de saúde, além de unir os diferentes saberes profissionais, integrando os conhecimentos multiprofissionais, e possibilitando eficácia na resolutividade dos problemas de saúde. Assim, a clínica somente pode ser ampliada quando considerar as dimensões biopsicossocioespiritual do usuário, agregando os diferentes conhecimentos, a fim de resolver o problema em questão (BRASIL, 2010).

Complementar a isso, o Artigo 4º da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, garante que “Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos” (BRASIL, 2011, p. 11). Em seu parágrafo único diz que:

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência [...] (BRASIL, 2011, p. 11).

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Humanização, que podemos mencionar aqui, estão: o acolhimento, a ambiência e a valorização do trabalhador da saúde, por isso, retomaremos, a seguir, estes conceitos.

O acolhimento expressa sentimento de inclusão. Incluir o usuário na sua individualidade, estabelecendo vínculos que fortalecerão o processo de cuidar. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) acolher é uma ação ética, estética e política, pois é responsabilidade de todos os membros da equipe multiprofissional, cria novas formas de dignificar a vida e as relações humanas e potencializa as responsabilidades acerca da saúde, tanto dos usuários, a partir da corresponsabilidade, quanto ao Estado, já que a saúde é dever do Estado.

A ambiência considera as situações em que os espaços físicos são construídos, leva em conta, não apenas aspectos materiais, mas as relações pessoais que se estabelecem nestes locais, bem como a cultura e valores da população local. Por isso, possui três eixos principais: a

confortabilidade (privacidade e individualidade); o encontro de sujeitos; e o ato de facilitar os processos de trabalho (BRASIL, 2010).

A valorização dos trabalhadores da saúde, cujo foco é promover saúde no espaço de trabalho, criando processos de trabalho participativos e inventivos, menos burocráticos, centrados e fragmentados que ocasionam sofrimento e desgaste ao trabalhador. Nesta diretriz, os profissionais são convidados a repensar coletivamente o seu trabalho e criar formas alternativas de promoção da saúde e prevenção do adoecimento (BRASIL, 2010).

Ideia Central 26: O direito à integralidade é restrito.

DSC 26: Na questão da integralidade, se for ver, realmente, nem sempre ele tem esse acesso a tudo, né? Então, ‘parcialmente’ eu acho que seria a palavra correta. O sistema em si, restringe muito os direitos que eles têm, né? Então “ah, ele tem direito ao acesso à saúde”, ele vai... Não, ele veio aqui, beleza, consultou, foi prescrito um medicamento. Mas se esse medicamento tá em falta na rede, não sou eu que vou conseguir, é... Contemplar esse direito dele, aqui enquanto unidade, porque eu preciso de uma gestão intersetorial, né? A gente não consegue fazer o integral, realmente integral, né?

A intersetorialidade é um dos princípios organizativos da Atenção Básica, e faz jus a articulação da saúde com outros setores. Esse compartilhamento de ações compreendem o princípio da integralidade, pois possibilita a troca de conhecimentos e experiências entre as diferentes categorias profissionais, impedindo a segmentação da assistência. Ademais, garante articulação entre outros setores e a saúde, principalmente, os setores da assistência social, educação, segurança pública e planejamento urbano (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Apesar do texto Constitucional não abrigar a palavra “integralidade”, refere-se ao atendimento integral aos usuários, com vistas as ações de prevenção e promoção da saúde. Mas o termo “integralidade” tem sido utilizado, principalmente, nas literaturas sobre Atenção Básica e promoção de saúde. A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde, que considera o usuário em suas várias dimensões e estabelece políticas e ações capazes de atender as necessidades de saúde da população e o acesso aos serviços (FRACOLLI et al., 2011).

No Pacto pela Saúde, elaborado em 2006, foram definidos três eixos: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. Como responsabilidade geral do Pacto de Gestão na esfera municipal, está que “todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União” (BRASIL, 2006).

Na Atenção Básica, a integralidade ocorre por meio das interações cotidianas entre usuários e profissionais. A seguir, Fracoli et al. (2011, p. 1136), mencionam alguns exemplos de integralidade:

Um exemplo seria o encontro do médico com o paciente portador de um sofrimento. O médico aproveita o encontro para apreciar fatores de riscos de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente e/ ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram. Outro exemplo seria quando um agente comunitário que segue rumo às visitas domiciliares se defronta com o convite de um morador para uma prosa sobre um problema que o aflige. Ou ainda quando uma enfermeira, durante a realização de uma consulta de enfermagem para crianças, procura identificar as condições sociais e afetivas da família para o cuidado e a estimulação dessa criança.

Assim, é possível perceber, que a integralidade é olhar o indivíduo como um todo, um ser biológico, psíquico, espiritual, social e cultural, e não apenas a sua queixa principal e patologia. É por meio do diálogo, que é possível observá-lo na sua integralidade (FRACOLLI et al., 2011).

Da mesma forma que no DSC acima, o estudo de Fracoli et al. (2011, p. 1137), trouxe que na concepção das enfermeiras entrevistadas, “a integralidade é entendida como um conjunto de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade do sistema”, “que tem sempre um único ponto de partida: as necessidades individuais dos usuários dos serviços de saúde” (FRACOLLI et al., 2011, p. 1139).

Neste estudo também foi possível observar que mesmo reconhecendo a integralidade como componente da Estratégia Saúde da Família, as enfermeiras associam a integralidade à prestação do cuidado e assistência aos usuários, que é exercida na prática do trabalho diário, e não mencionam o termo como princípio do Sistema Único de Saúde (FRACOLLI et al., 2011). Da mesma forma que no DSC acima, o estudo Fracoli et al. (2011, p. 1140) aponta que o desafio para a enfermagem é:

[...] pensar a integralidade da atenção, concebida em rede, que articule a integralidade focalizada no interior de cada processo de trabalho, com a integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. A importância de se tomar a integralidade como objeto de reflexão de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência se baseia na compreensão de que a construção da integralidade não ocorrerá em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

Para Costa (2014, p. 12), “o ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos”. Para se alcançar a integralidade, é necessário que os gestores, das três esferas de governo, priorizem este princípio (VIEGAS; PENNA, 2013).

Assim, a integralidade é um desafio para os elaboradores de políticas públicas de saúde, pois devem pensar políticas, cujo objetivo não seja apenas a erradicação e controle de doenças, mas também ampliar a cobertura das ações em saúde e o acesso, expandindo e articulando as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (FRACOLLI et al., 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos resultados deste estudo, constatou-se que a escuta qualificada é utilizada como sinônimo de acolhimento, quando na verdade, é um dispositivo dele. Os participantes mencionaram que o primeiro acolhimento ao usuário ocorre na recepção do CSF, mas que esta forma de atendimento inicial interfere na vinculação do usuário ao serviço, já que o ambiente não proporciona privacidade.

Em relação à participação da equipe multiprofissional no acolhimento ao usuário, houve divergências nas respostas. Alguns participantes mencionaram que todos os profissionais prestam acolhimento, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde, enquanto outros, afirmaram que não ocorre por todos os membros da eSF. A PNH afirma que o acolhimento trata-se de algo amplo e contínuo, que não deve ocorrer apenas em um momento, mas seguir durante toda a permanência do usuário na RAS, e deve ser exercido por todos os membros que compõe a equipe de Saúde da Família. A mesma Política informa que a triagem não é acolhimento, e sim uma classificação inicial, cujo objetivo é verificação dos seus sinais vitais e sintomatologia apresentada.

Quanto à gestão participativa e cogestão, os participantes do estudo relataram que muitas decisões em saúde acerca da gestão do CSF são tomadas pelo coordenador da unidade. Ainda, mencionam que deveria haver maior aproximação entre a Secretaria da Saúde e os Centros de Saúde da Família, para que a gestão municipal de saúde compreende-se melhor a realidade territorial e elencasse ações aplicáveis ao contexto local.

Os conselhos locais de saúde também foram mencionados, nas entrevistas realizadas, como forma de exercer esta diretriz. A Política Nacional de Humanização reforça a participação ativa dos usuários, trabalhadores e gestores, nos processos de trabalho da saúde, por meio destes colegiados participativos no âmbito do SUS. Além disso, afirma que deve haver indissociabilidade entre atenção e gestão, pois os processos decisórios influenciam diretamente a assistência à saúde, e a participação coletiva é uma das formas de corresponsabilizar os sujeitos envolvidos pelos desfechos das ações.

Neste estudo, a ambiência foi reduzida, quase que por completa, à estrutura física do local. Alguns enfermeiros afirmaram que o ambiente não interfere no acolhimento aos usuários, entretanto, os sons, único elemento “não palpável” mencionado, foi classificado como fator que dificulta o acolhimento. Enquanto alguns participantes afirmaram que a estrutura física do CSF era pequena para acomodar mais que uma equipe de Saúde da Família, dificultando os processos

de trabalho, outros mencionaram que Centros de Saúde da Família menores facilitavam a vinculação dos usuários ao serviço, visto que a quantidade de habitantes abrangidos é menor.

Inúmeros fatores que compõe a ambiência de um local, não foram mencionados. A PNH salienta que a ambiência é mais do que a estrutura física de um estabelecimento de saúde, trata-se das relações que se estabelecem nos locais, da confortabilidade, do sigilo, da privacidade e individualidade, das formas, cores, texturas, odores e ventilação, além da percepção individual de cada sujeito acerca do ambiente.

A clínica ampliada é compartilhada por enfermeiros e médicos, membros da equipe multiprofissional, e pela equipe que fornece apoio matricial, o NASF, que auxiliam na resolutividade dos problemas de saúde, queixas e necessidades dos usuários. Entretanto, a forma com que ocorrem as consultas, não foi detalhada. A PNH afirma que a clínica ampliada e compartilhada objetiva a compreender o indivíduo como um todo, em suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, por meio da união das diversas áreas de conhecimento e compartilhamento dos saberes, visando a resolutividade.

As formas de valorização dos trabalhadores da saúde mencionadas pelos participantes deste estudo foram inúmeras e perpassam pela bonificação salarial do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); pela valorização por parte da equipe multiprofissional e reconhecimento do trabalho por gestores da saúde; pelo fornecimento de atividades de aperfeiçoamento e capacitação profissional; e pela implementação do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), que poderia ser uma alternativa para discrepância salarial existente entre as diferentes profissões e item essencial para combater a rotatividade profissional.

No que se refere a valorização profissional, o PMAQ-AB ganhou destaque. Apesar das situações negativas mencionadas no estudo de Moraes e Iguti (2013), esse Programa, inserido pelo Ministério da Saúde, garante abono salarial para as equipes de Saúde da Família que atinjam metas estabelecidas. A qualificação dos profissionais das equipes de Saúde da Família, também mereceu destaque na temática relacionada a valorização do profissional da saúde. Assim, além de ser fonte de reconhecimento profissional, o PMAQ e os programas de aperfeiçoamento e capacitação profissional produzem melhorias nas práticas de atenção e gestão da Atenção Básica.

O atendimento aos usuários, mesmo que inicial, foi classificado pelos enfermeiros como exemplo de defesa dos direitos dos usuários, corroborando com a ideia de que os Centros de Saúde da Família, na Atenção Básica, são a porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Apesar de nem sempre ser resolutivo, os usuários, que procuram os CSF, são ouvidos e

direcionados aos serviços competentes, conforme as necessidades apresentadas. A integralidade foi outro exemplo mencionado, de forma negativa, pelos participantes neste quesito, pois nem sempre a assistência integral ao usuário é possível, pois o “sistema” é restritivo.

Constatamos, então, que a integralidade, apesar de ser entendida como direito do usuário da saúde, não é exercida na sua complexidade, devido entraves da gestão. Entretanto, a integralidade só pode ser alcançada quando contemplados os princípios da universalidade e a equidade. Também não há ninguém melhor do que os gestores municipais para elencar ações de saúde prioritárias para a população local. Por isso, é necessário que os gestores compreendam os conceitos, a história e a construção da gestão no SUS, pois uma das suas responsabilidades é trabalhar com os diferentes sujeitos, de forma individual e coletiva. Como a gestão do SUS é compartilhada, trabalhar com pessoas e pensamentos divergentes, pode ser o seu maior desafio.

Por fim, todas as diretrizes da PNH, parecem se complementar. E assim deve ser, já que a efetivação dos princípios do Sistema Único da Saúde, só é possível por meio do exercício completo da Política Nacional de Humanização. A humanização não deve ser posta em prática de forma programática, com início, meio e fim, mas sim, como uma política que perpassa setores gerenciais e assistenciais do SUS, visando modificar as relações entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS.

Algumas lacunas de pesquisa em relação as diretrizes da PNH foram encontradas no decorrer deste estudo, assim, sugere-se mais pesquisa nesta área, principalmente aquelas que avaliem a percepção e a efetivação da Política Nacional de Humanização pelos participantes. Além disso, as falas dos participantes remetiam apenas a conceitos superficiais da PNH, pois respondiam algumas perguntas com outras indagações, e muitas vezes não se davam conta de que cada questionamento era item fundamental da Política estudada. Da mesma forma, o caráter transversal da PNH e sua amplitude, não ficou claro na fala da grande maioria dos participantes.

Essas colocações são preocupantes, pois os profissionais caminham contra a efetivação dos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde. Assim, enfatiza-se a importância das atividades de educação permanente com gestores, trabalhadores e usuários, devem ser promovidas pela gestão local (Centro de Saúde da Família) e municipal (Secretaria de Saúde), a fim de tornar os profissionais capacitados para acolher os usuários ao serviço e contribuir com a resolutividade do processo. A Política Nacional de Humanização também deve ser trabalhada nos cursos de graduação em áreas da saúde, como: enfermagem, nutrição, psicologia, educação física, medicina, fisioterapia e outros, visto que, os futuros profissionais devem compreendê-la na íntegra para operacionalizá-la adequadamente.

Ressalta-se que o profissional enfermeiro é essencial para que as mudanças na prática gerencial e assistencial, fomentadas por este estudo, aconteçam, pois como líder das equipes de Saúde da Família, pôde refletir acerca do cotidiano nos Centros de Saúde da Família, das vivências e experiências perpassadas, e repensar os modos de gerir e cuidar. Também espera-se que haja uma maior inclusão dos diferentes sujeitos nos processos de trabalho em saúde, e, principalmente, que a participação popular seja fomentada. Somente assim, construiremos um sistema de saúde público, gratuito, integral, equânime, resolutivo e humano.

\

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Processos organizacionais na Estratégia Saúde da Família: uma análise pelos enfermeiros. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v. 29, n. 3, p. 274-81, 2016.
- BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n.1, p. 9-18, 2016.
- BESTETTI, Maria Luisa Trindade. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. vol. 17, núm. 3, jul-set, 2014, p. 601-610.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 30 novembro 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético estético no fazer em saúde** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b, 48p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 28 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 26 novembro 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 26 novembro 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014, p. 116.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da**

Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** 2ª ed. – Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência.** 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010, 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão.** Brasília, 2009a, 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 64 p.

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

CHAPECÓ. **Decreto nº 29.113, de 28 de abril de 2014.** Regulamenta a utilização do incentivo financeiro referente a criação do componente municipal do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica do Ministério da Saúde - PMAQ - AB/Municipal. 2014.

CHAPECÓ. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde de Chapecó/SC: Gestão 2018-2021.** 2018. Acervo da pesquisadora.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 423 de 11 de abril de 2012.** Normatiza, no Âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html. Acesso em: 30 novembro 2019.

COLLET, Neusa; ALVES, Célia Rozendo. Humanização e trabalho na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 56, n. 2, mar-abril, 2003, p. 189-192.

COSTA, Adriana Cristina Oliva et al. Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. **Revista Odontologia Clínica-Científica**. Recife, v. 9, n. 2, abr.-jun., 2010, p. 119-123.

COSTA, Maria Antonia Ramos; CAMBIRIBA, Mariele da Silva. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 9, n. 3, jul.-set., 2010, p. 494-502.

COSTA, Paula Cristina Pereira da; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016, p. 7.

CUNHA, Penha Faria da; MAGAJEWSKI, Flávio. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, n. 1, 2012, p.71-79.

DE CARLI et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, jul.-set., 2014, p. 626-632.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v. 13, n. 1, jan.-mar. 2010, p. 4-9.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, out. 2014, p. 13-33.

FERNANDES, Marcelo Costa et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, 2010, p. 11-15.

FIGUEIREDO, Marília; CHIARI, Brasília; GOULART, Bárbara. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Revista Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 1, abr. 2013, p. 129-136.

FIGUEIREDO, Paula Pereira de et al., Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010, p. 235-259.

FONTANA, Karine Cardoso; LACERDA, Josimari Telino de; MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, jul.-set., 2016, p. 64-80.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 1, 2015, p. 54-61.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista Escola de Enfermagem**. v. 45, n. 5, 2011, p. 1135-41.

- FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Revista Caderno de Saúde Pública**. v. 15, n. 2, 1999, p. 345-353.
- GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. Desvendando os processos de trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, 2011, p. 231-40.
- GARCIA, Ana Claudia Pinheiro et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. **Revista Vigilância Sanitária em Debate**. v. 3, n. 2, 2015, p. 36-41.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, Rio de Janeiro, 2010, p. 1245-1265.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa: planejamento, execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- LEFÈVRE Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs; 2003.
- LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, jan.-mar. 2015, p. 114-123.
- MARTINS, Catia Paranhos; LUZIO, Cristina Amélia. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Revista Interface**. Botucatu, v. 21, n. 60, 2017, p. 13-22.
- MAYNART, Willams Henrique da Costa et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v. 27, n. 4, 2014, p. 300-3.
- MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida; ENDERS, Bertha Cruz; LIRA, Ana Luisa Brandão De Carvalho. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Revista Escola Anna Nery**. v. 19, n. 3, 2015, p. 518-524.
- MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010, p. 2355-2365.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Editora: Hucitec. 14ª ed., 2014.

- MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, 2012, p. 2071-2085.
- MORAES, Paulo Navarro; IGUTI, Aparecida Mari. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, jul.-set. 2013, p. 416-426.
- NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, 2018, p. 243-248.
- OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. especial, 2013, p. 158-64.
- OLIVEIRA, Michele Mandagará. Análise da estrutura de uma unidade de saúde da família sob a perspectiva da ambiência. **Revista Atenção Primária à Saúde**. v. 17, n. 4, out.-dez. 2014, p. 423 - 428.
- PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, 2011, p. 4541-4548.
- PERUZZO, Hellen Emília et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Revista Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018, p. 1-9.
- REZENDE, Maria Lúcia Borges. **A importância da humanização para os trabalhadores de enfermagem**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linhas de Cuidado em Urgência e Emergência. Goiânia, 2014, p. 21. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173607/MARIA%20L%20c3%9aCIA%20BORGES%20REZENDE%20%20EMG%20%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 novembro 2019.
- SCHOLZE, Alessandro da Silva. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 31, abri.-jun., 2014, p. 219-226.
- SOUZA, Raíssa Silva; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 12, n. 4, out.-dez., 2008, p. 581-586.
- SULTI, Amanda Del Caro et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, jan.-mar., 2015, p. 172-182.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2010, p. 1079-1097.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues et al. Apoio em rede: a Rede HumanizaSUS conectando possibilidades no ciberespaço. **Revista Interface**. Botucatu, v. 20, n. 57, 2016, p. 337-48.

TOCCI, Amanda Simone Sebastião; COSTA, Elaine Cristina Nunes Fagundes. A gestão em saúde após apolítica nacional de humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Uningá**, Maringá, n. 40, abr.-jun. 2014, p. 197-206.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. Atlas, São Paulo, 1987.

VERGÍLIO, Maria Silvia Teixeira Giacomasso; OLIVEIRA, Neila Regina de. Considerações sobre a clínica ampliada no processo de enfermagem. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 38, 2010, p. 61-66.

VIEGAS, Selma Fonseca; PENNA, Cláudia Maria Mattos. Implicações da integralidade na gestão municipal em saúde. **Revista Atenção Primária à Saúde**. v. 16, n. 2, abr.-jun. 2013, p. 136-145.

VIEIRA, Swheelen de Paula et al. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, jan.-mar. 2017, p. 110-121.

XAVIER-GOMES, Ludmila Mourão et al. Prática gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, set.-dez. 2015, p. 695-707.

ZANFOLIM, Leila Cristiane et al. Compreensão de agentes comunitários de saúde sobre a Política Nacional de Humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 36, n. 3, 2015, p. 36-41.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**DATA:****HORA:****CÓDIGO DO ENFERMEIRO (A):**

1. Explique como ocorre o acolhimento dos usuários no Centro de Saúde da Família (CSF) pela equipe multiprofissional.
2. O ambiente interfere na formação de vínculos com os usuários dos serviços de saúde? Como ocorre este acolhimento?
3. Os trabalhadores são valorizados?
4. Há programas de aperfeiçoamento profissional ou capacitações?
5. Você observa barreiras entre a assistência/atenção e gestão?
6. Há conselhos locais de saúde? Se sim, como funcionam?
7. A população adscrita ao Centro de Saúde da Família (CSF) participa das decisões em saúde? E a equipe multiprofissional?
8. Geralmente os problemas trazidos pelos usuários são sanados? Ou seja, o atendimento é resolutivo?
9. Todas as opções de tratamento são ofertadas ao usuário? Há restrições quanto a isso?
10. Como a equipe multiprofissional age frente a não adesão ao tratamento por parte dos usuários?
11. Os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são respeitados?
12. Como/aonde você percebe a implementação da PNH no cotidiano?
13. A partir do seu conhecimento sobre políticas públicas, quais as facilidades e dificuldades você observa na implementação/operacionalização da PNH pela equipe multiprofissional, no cotidiano do CSF?
14. Você observou mudanças nas relações de trabalho entre a equipe multiprofissional após a realização das oficinas do Projeto Humaniza Chapecó/SC?
15. Quais dispositivos da PNH (por exemplo: Projeto Terapêutico Singular, Acolhimento por Classificação de Risco) vocês fazem o uso cotidiano?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFFS TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Percepção dos enfermeiros sobre a implementação da Política Nacional de Humanização pelas equipes da Estratégia Saúde da Família”, desenvolvida por Camila Todescatto Geremia, estudante de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Campus Chapecó, sob orientação do Professora Doutora Valéria Silvana Faganello Madureira. O **objetivo central** do estudo é: compreender como os enfermeiros percebem a implementação da Política Nacional de Humanização pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Tal estudo justifica-se, pois oportuniza que os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) possam refletir sobre a humanização nas relações de trabalho nesse espaço, já que tais percepções correlacionam-se ao desafio de reestruturar as ações da Atenção Básica, implicam nos processos de trabalho da equipe multiprofissional, refletem nos modos de gerir e cuidar, e nos processos coletivos de gestão e produção de saúde (BRASIL, 2012). O **convite** a sua participação se deve aos critérios de inclusão: os participantes do estudo serão enfermeiros de Centros de Saúde da Família (CSF) do município de Chapecó, iniciando por aqueles que atuam em CSF onde o curso de Enfermagem desenvolve atividades teórico-práticas e estágios supervisionados. Não participarão do estudo enfermeiros (as) em férias ou em afastamento no período da coleta de dados e aqueles que iniciaram suas atividades no CSF a menos de seis meses. A participação contribuirá com os resultados deste trabalho, que elucidarão as lacunas de pesquisas nessa área, ampliando o foco da humanização, atualmente centrada entre profissionais e usuários, para as relações entre a equipe multiprofissional de saúde. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Serão **garantidas** a confidencialidade e a

privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ressaltamos que todos os dados que possam identificá-lo(a) serão omitidos do estudo e seu nome não será divulgado, pois utilizaremos um código alfanumérico em seu lugar (EX: entrevistado 1 = E1). Sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista com questões relacionadas ao tema do estudo. Toda entrevista será gravada e transcrita na íntegra para análise futura. A entrevista terá duração máxima de uma hora. Assinale a seguir conforme sua autorização:

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo físico e digital por um período de cinco anos, permanecendo sob guarda da prof^a Valéria Silvana Faganello Madureira. Após esse período, os dados serão incinerados. O **benefício** relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de oportunizar reflexões acerca da humanização nas relações de trabalho entre a equipe multiprofissional, proporcionando interações benéficas e humanizadas entre seus membros. Indiretamente, este estudo contribuirá com a construção do conhecimento científico, e enfatizará a importância da implementação dos princípios, diretrizes e métodos da Política Nacional da Humanização nos processos de trabalho e práticas em saúde, considerando que as relações de trabalho, impactam no funcionamento dos serviços de saúde. A participação na pesquisa poderá causar **riscos**: cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões de cunho profissional e interpessoal; e risco de quebra de sigilo. Para evitá-los e ou minimizar a sua ocorrência, a pesquisadora deixará os participantes do estudo cientes dos riscos, garantirá o anonimato dos entrevistados e informará sobre a possibilidade de indenizações morais àqueles que se sentirem violados em seus direitos de sigilo e privacidade. Além disso, caso a pesquisadora perceba a ocorrência de qualquer risco durante a entrevista, interromperá a gravação e estabelecerá diálogo com o participante no sentido de deixá-lo a vontade para retomar ou para interromper a entrevista. Assim, se algum risco for constatado no decorrer do estudo, diálogos entre pesquisador, orientador e participantes poderão

ser utilizados como forma de intervenção, no intuito de minimizá-los ou suprimi-los. Depois de finalizado o estudo, os resultados serão divulgados em eventos e publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais. Além disso, uma cópia do estudo será entregue à gestão de Atenção Básica do município e os resultados serão pessoalmente divulgados a cada participante em encontro previamente agendado. Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Desde já agradecemos sua participação!

Chapecó SC, 02 de maio de 2019.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato profissional com a pesquisadora responsável:

Tel: (55 – 54 – 9 8811 3606)

E-mail: valeria.madureira@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS, Campus Chapecó, Rodovia SC 484 – Km 02, CEP: 89815-899 - Fronteira Sul - Chapecó - Santa Catarina – Brasil

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante:

Assinatura:

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS”:

Tel e Fax - 49- 2049-3745 E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Site:

http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg

Endereço para correspondência: Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 009-001/2019 DE 11 DE JUHO DE 2019.



Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU
Setor de Planejamento e Educação na Saúde

**COMISSÃO DE ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE
PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 009-001/2019**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.
Pesquisa em nível de: Graduação em Enfermagem
Pesquisador Responsável: Camila Todescato Geremia
Orientador Responsável: Prof.ª Dr.ª Valéria Silvana Faganello Madureira
Instituição Proponente: Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

DADOS DO PARECER

Apresentação do Projeto: No presente projeto de pesquisa de conclusão de curso, a pesquisadora propõe a percepção dos enfermeiros sobre a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), voltadas tanto para o cuidado ao usuário dos serviços quanto aos profissionais da equipe multidisciplinar que exercem as atividades.

Objetivos da Pesquisa: **Objetivo Geral:**
Compreender como os enfermeiros percebem a implementação da Política Nacional de Humanização pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Objetivos Específicos:

1. Identificar como as Equipes de Saúde da Família operacionalizam cada diretriz da Política Nacional de Humanização.
2. Evidenciar como as Equipes de Saúde da Família operacionalizam a participação popular nas decisões em saúde.
3. Evidenciar as facilidades e dificuldades encontradas pelas Equipes de Saúde da Família para operacionalização da Política Nacional de Humanização.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A pesquisadora reencaminhou o projeto de pesquisa para nova análise da Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa em Saúde, a qual se reuniu na data de 11/06/2019. A Comissão verificou que a pesquisadora contemplou todos os apontamentos sugeridos no Parecer Substanciado n. 009/2019, de 29/04/2019.

Sendo assim, a pesquisadora poderá providenciar a coleta das assinaturas na Declaração de Ciência e Concordância entre as Instituições, e após submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino Superior, realizar o endastro eletrônico do FormSUS, para, após dar início a pesquisa na Secretaria de Saúde.

Conclusão Aprovado.
Data do Parecer: 11/06/2019.

Saionara
Saionara Vitória Barimacker
 Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde

Adriana Aparecida Schmoeller
Adriana Aparecida Schmoeller
 Coordenação de Agentes Comunitárias de Saúde

Débora Renata Ruguzzoni
Débora Renata Ruguzzoni
 Auxiliar de Administração

ANEXO B – DECLARAÇÕES DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS



Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU

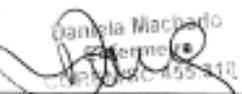
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL/CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

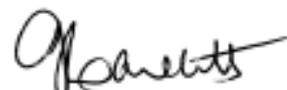
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos, a Secretaria de Saúde de Chapecó/SC, representada legalmente pela Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde Sra. Gessiani Fátima Larentes, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA e, nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes, bem como apresentar cópia do parecer do CEP junto a esta Secretaria antes do início da coleta de dados.


Dr. Valéria S. Faganello Madureira
CONEP/CEP/COEN-SC 30910
Pesquisadora Responsável
Professor Orientador


Camila Todescatto Geremia
Estudante Corresponsável pela Pesquisa


Daniela Macchiaro
Enfermeira
CONEP/CEP/COEN-SC 455312
Coordenação de Unidade/Serviço da
Secretaria de Saúde


Gessiani Fátima Larentes
Coordenadora do Setor de Planejamento e
Educação na Saúde
Secretaria de Saúde de Chapecó

Gessiani Fátima Larentes
Diretora de Atenção à Saúde-SMS
Município de Chapecó



Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL/CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos, a Secretaria de Saúde de Chapecó/SC, representada legalmente pela Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde Sra. Gessiani Fátima Larentes, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA e, nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes, bem como apresentar cópia do parecer do CEP junto a esta Secretaria antes do início da coleta de dados.

Valéria S. F. Faganello

Valéria Silvana Faganello Madureira
Pesquisador Responsável/Professor

Dr. Valéria S. Faganello Madureira
SIAPE: 1952919 COMEN-SC 3060 Orientador
Professora - Curso de Enfermagem
Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS

Camila Todescatto Geremia

Camila Todescatto Geremia
Estudante Corresponsável pela Pesquisa

Clair Fátima Siveira De Alves
Coordenadora do CSF Ildefonso
COMEN-SC 372539
SESAU-CHAPECÓ

Coordenação de Unidade/Serviço da
Secretaria de Saúde

Gessiani Fátima Larentes

Gessiani Fátima Larentes
Coordenadora do Setor de Planejamento e
Educação na Saúde
Secretaria de Saúde de Chapecó

Gessiani Fátima Larentes
Diretora de Atenção à Saúde-SMS
Município de Chapecó



Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL/CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos, a Secretaria de Saúde de Chapecó/SC, representada legalmente pela Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde Sra. Gessiani Fátima Larentes, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA e, nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes, bem como apresentar cópia do parecer do CEP junto a esta Secretaria antes do início da coleta de dados.

Valéria S. Faganello
Valéria S. Faganello Madureira
Responsável/Professor
Orientador
Dr. Valéria S. Faganello
BIAPE: 1952610 COREN/SC 036003
Professora - Curso de Enfermagem
Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS

Camila Todescatto Geremia
Camila Todescatto Geremia
Estudante Corresponsável pela Pesquisa

Diego Pozzer
Diego Pozzer
447.966
Coordenação de Unidade/Serviço da
Secretaria de Saúde

Gessiani Fátima Larentes
Gessiani Fátima Larentes
Coordenadora do Setor de Planejamento e
Educação na Saúde
Secretaria de Saúde de Chapecó
Gessiani Fátima Larentes
Diretora de Atenção à Saúde-EMS
Município de Chapecó



Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL/CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos, a Secretaria de Saúde de Chapecó/SC, representada legalmente pela Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde Sra. Gessiani Fátima Larentes, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA e, nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes, bem como apresentar cópia do parecer do CEP junto a esta Secretaria antes do início da coleta de dados.

Valéria S. Faganello
Valéria S. Faganello Madureira
SIAPE: 195281-01/2010
Professora - Curso de Enfermagem
Universidade Federal da Fronteira Sul
Faganello Madureira
Responsável/Professor
Orientador

Camila Todescato Geremia
Camila Todescato Geremia
Estudante Corresponsável pela Pesquisa

Caldeia Paiva
Caldeia Paiva
CORFIS 200741
Coordenação de Unidade/Serviço da
Secretaria de Saúde

Gessiani Fátima Larentes
Gessiani Fátima Larentes
Coordenadora do Setor de Planejamento e
Educação na Saúde
Secretaria de Saúde de Chapecó
Gessiani Fátima Larentes
Estrutura de Atenção à Saúde-SMS
Município de Chapecó



Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL/CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos, a Secretaria de Saúde de Chapecó/SC, representada legalmente pela Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde Sra. Gessiani Fátima Larentes, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA e, nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes, bem como apresentar cópia do parecer do CEP junto a esta Secretaria antes do início da coleta de dados.

Valéria S. Faganello

Valéria Silvana Faganello Madureira

Dr. Valéria S. Faganello Madureira Responsável/Professor
SIAPE: 1952818 COREN-SC 30910 Orientador
Professora - Curso de Enfermagem
Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS

Camila Todescatto Geremia

Camila Todescatto Geremia
Estudante Corresponsável pela Pesquisa

Lígia J. Baudino

PROFESSORA
COREN/SC 340.185

Coordenação de Unidade/Serviço da
Secretaria de Saúde

Gessiani Fátima Larentes

Gessiani Fátima Larentes
Coordenadora do Setor de Planejamento e
Educação na Saúde
Secretaria de Saúde de Chapecó

Gessiani Fátima Larentes
Secretaria de Atenção à Saúde-SMS
Município de Chapecó

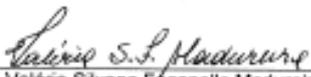


Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL/CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

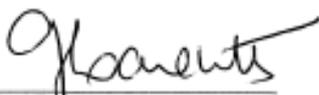
DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos, a Secretaria de Saúde de Chapecó/SC, representada legalmente pela Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde Sra. Gessiani Fátima Larentes, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA e, nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes, bem como apresentar cópia do parecer do CEP junto a esta Secretaria antes do início da coleta de dados.


Valéria Silvana Faganello Madureira
Responsável/Professor
SIAPE: 1952818 COREN-SC 969
Professora - Curso de Enfermagem
Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS


Camila Todescatto Geremia
Estudante Corresponsável pela Pesquisa


Beatriz Damarem
Coordenadora de Unidade/Serviço da
Secretaria de Saúde


Gessiani Fátima Larentes
Coordenadora do Setor de Planejamento e
Educação na Saúde
Secretaria de Saúde de Chapecó
Gessiani Fátima Larentes
Setor de Atenção à Saúde-SMS
Município de Chapecó



Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL/CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos, a Secretaria de Saúde de Chapecó/SC, representada legalmente pela Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde Sra. Gessiani Fátima Larentes, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA e, nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes, bem como apresentar cópia do parecer do CEP junto a esta Secretaria antes do início da coleta de dados.

Valéria S. Rodrigues

Valéria S. Rodrigues Madureira
Professora - Curso de Enfermagem
Instituto Federal de Fronteira Sul-UFFS

Camila Todescatto Geremia

Camila Todescatto Geremia
Estudante Corresponsável pela Pesquisa

Gessiani Fátima Larentes

Coordenadora Unidade/Serviço da
Secretaria de Saúde

Gessiani Fátima Larentes

Gessiani Fátima Larentes
Coordenadora do Setor de Planejamento e
Educação na Saúde
Secretaria de Saúde de Chapecó

Gessiani Fátima Larentes
Diretora de Atenção à Saúde-SMS
Município de Chapecó



Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL/CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos, a Secretaria de Saúde de Chapecó/SC, representada legalmente pela Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde Sra. Gessiani Fátima Larentes, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA e, nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes, bem como apresentar cópia do parecer do CEP junto a esta Secretaria antes do início da coleta de dados.

Valéria S. F. Fagundes
Valéria Silvana Fagundes Madureira
Responsável/Professor Orientador
Dr. Valéria S. Fagundes
SIAPE: 1952818 COREN-SC
Professora - Curso de Enfermagem
Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS

Camila Todescatto Geremia
Camila Todescatto Geremia
Estudante Corresponsável pela Pesquisa

Gessiani Fátima Larentes
Coordenação de Planejamento/Serviço da
Secretaria de Saúde
COREN-SC

Gessiani Fátima Larentes
Gessiani Fátima Larentes
Coordenadora do Setor de Planejamento e
Educação na Saúde
Secretaria de Saúde de Chapecó
Gessiani Fátima Larentes
Título de Atuação à Saúde-SMS
Município de Chapecó



Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL/CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos, a Secretaria de Saúde de Chapecó/SC, representada legalmente pela Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde Sra. Gessiani Fátima Larentes, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA e, nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes, bem como apresentar cópia do parecer do CEP junto a esta Secretaria antes do início da coleta de dados.

Valéria S. Faganello Madureira

Valéria Silvana Faganello Madureira
Pesquisador Responsável/Professor

Dr. Valéria S. Faganello Madureira
SIAPE: 1952819 COREN-SC 38916
Professora - Cursos de Enfermagem
Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS

Camila Todescatto Geremia

Camila Todescatto Geremia
Estudante Corresponsável pela Pesquisa

Daniela Tajiani

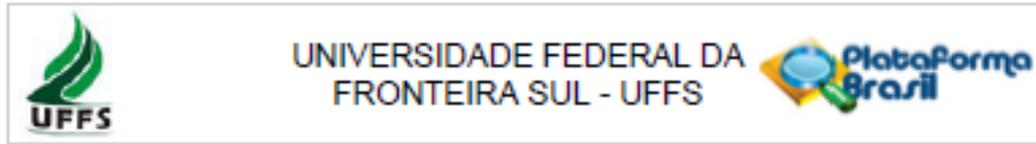
Coordenação de Unidade/Serviço da
Secretaria de Saúde

Gessiani Fátima Larentes

Gessiani Fátima Larentes
Coordenadora do Setor de Planejamento e
Educação na Saúde
Secretaria de Saúde de Chapecó

Gessiani Fátima Larentes
Setor de Atenção à Saúde-SMS
Município de Chapecó

**ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 3.360.479 DO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS**

**Plataforma
Brasil**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Valéria Silvana Faganello Madureira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13333419.0.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.360.479

Apresentação do Projeto:

Trata de reapresentação de projeto de pesquisa em que permaneceram pendências éticas conforme parecer nº 3.336.365

Objetivo da Pesquisa:

Adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora anexou carta de pendências em respostas as adequações éticas solicitadas. Realizou as alterações no espaço metodologia nas informações básicas da plataforma Brasil

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

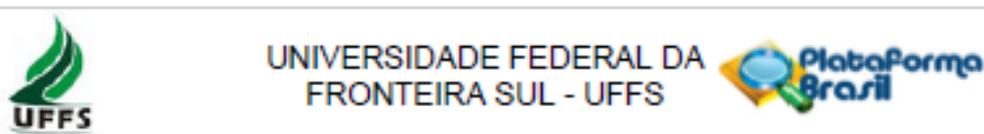
Não há impedimentos éticos

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco de Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-800
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.360.479

pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicação dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

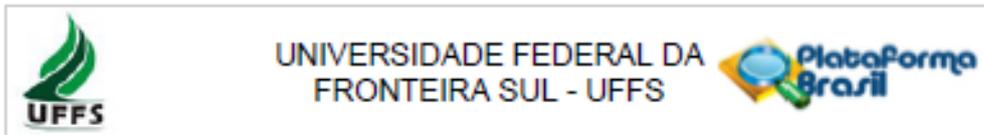
Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1323098.pdf	23/05/2019 23:55:25		Acelto
Outros	carta_de_pendencias_CEP.pdf	23/05/2019 23:55:53	Valéria Silvana Faganelo	Acelto

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-800
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.360.479

Outros	carta_de_pendencias_CEP.pdf	23/05/2019 23:55:53	Madureira	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCORRIGIDO.pdf	23/05/2019 23:55:01	Valéria Silvana Faganelo Madureira	Acelto
Folha de Rosto	foiharosto.pdf	07/05/2019 13:56:06	Valéria Silvana Faganelo Madureira	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	02/05/2019 12:14:15	Valéria Silvana Faganelo Madureira	Acelto
Outros	AUTORIZACAOSBAU.pdf	02/05/2019 12:13:36	Valéria Silvana Faganelo Madureira	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/05/2019 12:12:22	Valéria Silvana Faganelo Madureira	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 31 de Maio de 2019

Assinado por:

Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-800
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO D – RESUMO INTITULADO “DIREITOS DOS USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE” APRESENTADO NO IX SEPE/UFGS

DIREITOS DOS USUÁRIOS DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Camila Todescatto Geremia¹
Valéria Silvana Faganello Madureira²
Opila Migliorini da Silva³

Resumo: A Organização das Nações Unidas afirma que direitos são formas de garantir proteção à população contra as ações governamentais que coloquem em risco a dignidade humana. Como tal, devem ser garantidos a todos as pessoas, independentemente de cor da pele, raça, sexo, gênero, religião, nacionalidade, orientação sexual e opinião política. Dentre os direitos humanos básicos encontram-se o direito à vida, à liberdade, à educação, à moradia, à alimentação, à segurança, ao trabalho e à saúde. Em contrapartida, os deveres se referem às obrigações morais e éticas, que os seres humanos, providos de direito, possuem. Os deveres estão relacionados às ações e atitudes que todos estão obrigados a cumprir como forma de assegurar aos seus semelhantes a possibilidade de viver dignamente. Ao exercício dos direitos e deveres civis, políticos, econômicos e sociais denomina-se cidadania e assim, são cidadãos aqueles aos quais tais direitos e deveres se destinam. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, do Ministério da Saúde brasileiro, traz os seis princípios básicos de cidadania e assegura, aos usuários do sistema de saúde, o acesso digno aos serviços de saúde, público ou privado, a partir do reconhecimento dos seus direitos e deveres. Essas considerações motivaram o desenvolvimento deste estudo, que é parte do Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó, cujo objetivo é identificar a percepção dos enfermeiros, das equipes da Estratégia Saúde da Família de Chapecó/SC sobre o respeito aos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram entrevistados 11 enfermeiros (as) que atuam em Centros de Saúde da Família (CSF) de Chapecó/SC. A pergunta realizada foi “Os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são respeitados?”. As entrevistas foram áudio-gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. A análise das informações ocorreu ainda em curso observou e valorizou a informação que mais se repetiu na fala dos participantes. Dos 11 participantes, oito responderam que sim; dois responderam “parcialmente” e um afirmou que sim, mas no sentido de permitir acesso ao usuário. Dos oito que afirmaram que os direitos dos usuários são respeitados, cinco levantaram questões sobre os deveres dos usuários, afirmando que os direitos são respeitados,

¹ Acadêmica do 10º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó. E-mail: camii-tg@hotmail.com.

² Doutora em Enfermagem. Docente em afastamento da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó. E-mail: valeria.madureira@uffs.edu.br.

³ Especialista em Atenção ao Paciente Crítico. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó. E-mail: odiila_@hotmail.com.



mas que os usuários não cumprem com seus deveres. O atendimento, a escuta, a tentativa de resolução de problemas, as orientações e os encaminhamentos foram alguns itens mencionados por eles. Dos dois participantes que responderam “parcialmente”, um mencionou a integralidade como barreira, afirmando que o sistema restringe o acesso integral, enquanto o outro mencionou limitações da gestão intersetorial. Os usuários devem ter ciência de seus deveres e dos princípios que guiam o Sistema Único de Saúde (SUS) e entender o funcionamento da rede de saúde, que é pautada na universalidade, na integralidade e na equidade. Ademais, usuários, profissionais e gestão do SUS devem agir de forma coparticipativa, garantindo um sistema resolutivo para todos. Dessa forma, a cidadania será exercida da melhor maneira, pois com consciência de suas obrigações, haverá fundamento para cobrança de seus direitos, garantindo que o Estado os coloque em prática.

Palavras-chave: Direitos humanos. Direito à saúde. Sistema Único de Saúde.