

(*) *João Tadeu de Andrade* é Professor Doutor do Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade da UECE. E-mail: jtadeu@uece.br. *Lívia Carneiro Pereira* é Acadêmica de Medicina da UECE. E-mail: liviacape@yahoo.com.br. *Fernanda Bezerra Lopes* é Acadêmica de Ciências Sociais da UECE. E-mail: nandabl@hotmail.com

João Tadeu de Andrade Lívia Carneiro Pereira Fernanda Bezerra Lopes*

Humaniza SUS em Fortaleza:

avanços e obstáculos na Atenção primária em saúde**

RESUMO: Neste artigo se analisa a condução da Política Nacional de Humanização na Atenção Primária, ressaltando avanços e obstáculos alcançados a partir de estudo realizado em Centros de saúde da família na rede municipal de Fortaleza. Examinamos, na ótica de profissionais e gestores, diversos aspectos relativos à gestão, participação e humanização das unidades de saúde, efetuando uma abordagem comparativa com os princípios básicos da Humanização.

Palavras-chave:
Humanização,
Atenção primária,
Saúde da família.

I ntrodução

O tema da humanização em saúde emerge na atualidade diante da necessidade de melhoria efetiva dos ambientes terapêuticos a partir dos princípios da integralidade da assistência, equidade e participação social. Aspectos como ética e cuidado também são pontos importantes nessa questão, pois a dignidade humana e o acolhimento em todos os serviços estão vinculados às condições em que os protagonistas das ações de saúde encontram-se envolvidos.

Em face de realidades em que se observa a carência de atenção e cuidado humanizado, o Ministério da Saúde propôs, em 2003, a Política Nacional de Humanização – PNH, conhecida também por Humaniza SUS. Tal política foi concebida para atuar de maneira transversal no conjunto das práticas de

(**) Este artigo tem por base pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde, através do Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Estação Ceará e do Grupo de Pesquisa Educação e Saúde Coletiva da UECE.

atenção e gestão da saúde, buscando atingir as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde – SUS. Isto implica na produção de saúde de forma solidária e comprometida, valorizando aspectos subjetivos, que possam ser expressos em atitudes e ações humanizadoras na rede SUS, envolvendo os sujeitos principais desse cenário: gestores, trabalhadores de saúde e usuários.

A proposta de humanização do SUS está voltada para a construção de novos modelos de atuação nos campos da gestão e atenção dos serviços, não apenas em diferentes áreas da saúde, respeitando-se uma pluralidade de saberes. Tem-se, portanto, o objetivo de desenvolver processos de gestão participativa que contenham, de forma contributiva, mecanismos de controle social e que sejam estruturados canais de comunicação direta com a comunidade. Também se destaca o estabelecimento de processos de trabalho que priorizem a atuação de equipes multiprofissionais, capazes de gerar vínculos com os usuários e de assumirem a responsabilidade pelo acompanhamento de seu tratamento.

Reconhece-se, no entanto, que apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios doutrinários, o SUS ainda enfrenta problemas, como a fragmentação do processo de trabalho e da relação entre os diferentes profissionais; o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva; o uso de um modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; a fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência/contrareferência¹; o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; a formação de profissionais de saúde distantes do debate e da formulação da política pública de saúde e o frágil controle social dos processos de atenção e gestão do SUS (BRASIL, 2004).

É oportuno destacar que a rede SUS tem uma densa capilaridade social na medida em que se faz presente na Atenção primária, nos circuitos municipais. Entendida como “porta de entrada” do sistema público de saúde, a Atenção primária configura um nível de cuidado formal em saúde que diz respeito a “problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares” (STARFIELD, 2002). Ela é menos intensiva, tanto em capital quanto em trabalho, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação os quais, via de regra, não exigem complexidade profissional nem densidade tecnológica, como ocorre, por exemplo, nos hospitais. É neste nível de atenção em que opera o Programa Saúde da Família - PSF, em torno do qual as demandas primárias se dão em face da presença da equipe multiprofissional e da unidade do SUS.

¹ Sistema de referência é aquele em que se dá o atendimento principal aos pacientes. A contrareferência corresponde ao acompanhamento, na unidade de origem do usuário, de seu estado de saúde e dos procedimentos encaminhados pelo atendimento de referência (clínica, hospital etc.).

Neste artigo, desenvolvemos uma análise dos principais obstáculos ao sucesso da PNH, assim como ressaltamos os avanços alcançados a partir da implementação dessa política, de acordo com a pesquisa realizada em Centros de saúde da família da rede municipal de Fortaleza. O intuito desta reflexão é examinar, na ótica de profissionais e gestores, diversos aspectos como gestão, participação e humanização, e realizar uma abordagem comparativa com os princípios básicos presentes na PNH.

Metodologia

O procedimento metodológico foi de caráter exploratório, com estratégia quantitativa e qualitativa na produção e análise dos dados. Foram associadas observações de campo, aplicação de questionário junto a usuários, condução de entrevistas individuais e grupos focais com servidores, no período de dezembro de 2006 a maio de 2007. Também foi empreendida uma pesquisa documental com as políticas oficiais de Humanização, nas esferas federal, estadual e municipal. A pesquisa de campo deste estudo ficou circunscrita a oito unidades de Atenção primária de saúde da rede municipal de Fortaleza, atualmente denominadas Centros de Saúde da Família – CSFs. Para lá se dirige um grande número de usuários diariamente em busca de serviços, resultados de exames e informação, oriundos muitas vezes de bairros fora da área de cobertura daquele CSF. As unidades pesquisadas localizam-se nas Secretarias Executivas Regionais – SER II, III, IV, V e VI. Em cada uma delas, por mecanismo de sorteio, foram identificados dois CSFs para o trabalho de campo.

No presente artigo fazemos uso de dados qualitativos oriundos da consulta aos trabalhadores em saúde das unidades escolhidas, como igualmente de observações empíricas feitas nos CSFs investigados. O exame destes dados foi realizado a partir da técnica Análise de discurso, conforme orientam Bauer e Gaskell (2002), e Minayo, Assis e Souza (2005). Para efeito da análise, foram destacadas categorias relevantes nas falas dos sujeitos consultados, bem como categorias resultantes do quadro teórico construído.

Humanização como política transversal na rede SUS: proposições, ações e acompanhamento

O propósito de humanizar pressupõe a valorização de diferentes sujeitos para se obter uma maior qualidade de vida no processo de produção da saúde. Entretanto, devemos reconhecer que nessa área encontram-se muitas carências relativas às condições exigidas pela concepção, organização e implementação do cuidar em saúde, sendo fundamental a discussão sobre a eficiência e qualidade da atenção prestada. Tal qualidade diz respeito, de maneira

indissociável, ao emprego de tecnologias, saberes e recursos disponibilizados num contexto singular: o do encontro entre quem sofre, sejam indivíduos ou populações, e aqueles que se dedicam a mitigar este sofrimento, os profissionais de saúde, gestores ou técnicos (DESLANDES e AYRES, 2005; OLIVEIRA, COLLET E VIEIRA, 2006). Esta orientação é reforçada no exame que Machado e outros (2007) fazem com relação à integralidade no agir em saúde. Isto significa uma assistência fundamentada na articulação de todos os passos da produção do cuidado, evitando-se a fragmentação do processo saúde/doença. Neste ponto a ênfase recai sobre estratégias que favoreçam o diálogo, a troca e a transdisciplinaridade de saberes formais e não formais (MACHADO e OUTROS, 2007: p. 337).

Em uma perspectiva pragmática, a PNH trabalha visando à consolidação de alguns objetivos ou marcas específicas: redução das filas de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo; os usuários do SUS têm o direito de saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde; as unidades de saúde devem garantir as informações ao usuário e preservarem seus direitos contidos no Código dos usuários do SUS (CEARÁ, 2004a); as unidades de saúde devem garantir gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos servidores.

Com ações para o alcance dessas metas, a PNH pretende romper com a prática tradicional de gestão e atenção, ou seja aquele modelo verticalizado, autoritário, organizado em torno da fragmentação de procedimentos médicos, e ampliar o diálogo entre os profissionais, e entre estes e a população, promovendo a gestão participativa.

A gestão com participação, conforme os princípios do SUS, implica em se respeitar a privacidade e promover a ambiência acolhedora e confortável que viabilize a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde. Isto constitui uma das formas de intensificar ações de incentivo e valorização da jornada integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede de assistência (BRASIL, 2004). Significa também construção de espaços coletivos em que se dá a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde (CEARÁ, 2004b).

Ainda segundo a PNH (BRASIL, 2004), existem alguns parâmetros para o acompanhamento da implementação dessa política na atenção básica. São eles: elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e

sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; incentivo às práticas promocionais da saúde, de acolhimento e inclusão do usuário de maneira que se promova a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas. Deslandes (2005) nos mostra que para haver o resgate da humanidade do atendimento deve-se ir também contra a violência, seja ela material ou psicológica, que se expressa em maus-tratos físicos e verbais, seja simbólica por meio de ênfase em comportamentos estereotipados e em estigmas sociais.

Humaniza SUS nas ações de saúde em Fortaleza

O trabalho de humanização implementado pela Prefeitura Municipal de Fortaleza – PMF, de 2005 até o presente ano, baseia-se na PNH. Esta Política tem sido referência central nos encaminhamentos estaduais e municipais das ações de humanização, como igualmente peça de análise de especialistas e planejadores. Suas diretrizes e pressupostos enquadram-se em um esforço nacional para o desenvolvimento das ações de saúde.

Entre os diversos postulados fundantes da política nacional de humanização, chama-se a atenção para seus “princípios básicos” nos quais podemos destacar a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, que consolida o compromisso com os direitos do cidadão, o fortalecimento do controle social e apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos (HUMANIZA SUS, 2005). No que se refere particularmente à atenção primária, a política nacional destaca “o incentivo às práticas promocionais de saúde” e “formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços”.

No que diz respeito ao município de Fortaleza, a política local de humanização tem sido coordenada pela Assessoria de Planejamento da Secretaria de Saúde, em articulação com a Coordenação da Atenção básica e com as Secretarias Executivas Regionais – SERs. A estratégia central de ações de humanização, na atual gestão municipal, se fundamenta na consideração de que a humanização é uma “política estruturante e de educação permanente”.

A melhoria física da rede e sua integração, como também a humanização da atenção e da gestão são estratégias que dizem respeito a várias ações simultâneas, tais como: elaborar mapas de risco dos ambientes de trabalho, estimular gestões compartilhadas (por meio de rodas de conversa), fortalecer as redes de saúde (entre a atenção primária e o sistema hospitalar), promover o acolhimento por classificação de risco e intensificar

o uso do Posso Ajudar? (projeto voltado para o atendimento ao público), no ordenamento do fluxo dos pacientes, entre outras medidas.

De acordo com o posicionamento dos gestores da Secretaria de Saúde de Fortaleza, o cuidado com a subjetividade é central, se mostrando nas ações voltadas para o acolhimento. Isto é fundamento do propósito de “assegurar ampliação do acesso e cuidado integral e resolutivo” das ações da PNH. Veremos que o acolhimento, por exemplo, constitui uma das estratégias centrais da humanização nos CSFs, as unidades de atenção básica do município.

Em sintonia com este princípio, podemos absorver como reflexão que:

(...) onde não há SUS, humanizar é instalá-lo. Onde há SUS, humanizar é aperfeiçoá-lo, radicalizando sua experiência democrática e tornando-o apto ao acolhimento da subjetividade. (SMSF, 2005: p. 17)

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

Exame dos dados

Ainda que apresentem diferenças entre si (quanto a turnos de funcionamento, número de equipes do PSF, quantidade de usuários cadastrados, instalações físicas, entre outros itens), as unidades avaliadas mantêm certas características e organização espacial semelhantes. Observando a ambiência dos espaços terapêuticos, ela se constitui no entorno físico, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, como, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura e a decoração (BRASIL, 2006). Um aspecto que deve ser destacado é de que:

(...) o problema em muitos locais é justamente a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais, e torna-se desumanizante pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade. Essa falta de

condições técnicas e materiais também pode induzir à desumanização na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária.
(DESLANDES e AYRES, 2005: p.510)

Nas unidades observadas, a maioria passou por reformas e/ou melhorias em seu espaço físico. Entretanto, considerando a elevada demanda de usuários por serviços e atendimentos pelas equipes de saúde da família, as estruturas físicas dos centros de saúde continuam limitadas, desconfortáveis, e com necessidades urgentes de ampliação e/ou reorganização, bem como descentralização de suas instalações e comodidades. As condições restritivas de infra-estrutura na maioria destas unidades também afetam o conforto e a comodidade no atendimento das crianças, que não possuem espaços para recreação, e a circulação de portadores de necessidade especiais e idosos, pela ausência de rampas e estruturas de acesso, em alguns casos.

Além disso, é importante observar na ambiência o componente afetivo expresso na forma de acolhimento, na atenção dispensada ao usuário. O acolhimento refere-se à recepção do usuário, desde sua chegada, tratando integralmente dele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (BRASIL, 2006). A propósito, o aspecto propriamente estético da ambiência deve ser realçado aqui, pois ele favorece ainda mais um “clima” de recepção e cuidado. Isto se manifesta nos cartazes com mensagens positivas, na música ambiente, na exposição dos aniversariantes do mês, na decoração aconchegante, na pintura das paredes. Em uma das unidades visitadas, encontramos o uso criativo de mensagens na parte inferior dos receituários. Algumas delas dizem: “Sempre que houver um vazio em tua vida, enche-o de amor” ou “Amar é ver tudo o que Deus fez e faz, e agradecer”. Este é um aspecto que integra, a nosso ver, um ambiente humanizado, sendo exemplo concreto da própria orientação da PNH (BRASIL, 2006; SMSF, 2005).

A atenção dispensada ao usuário é o fundamento das ações desenvolvidas nestes espaços terapêuticos. O “Acolhimento com Classificação de Risco” - ACCR está sendo implementado como proposta de um potente reorganizador dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação dos trabalhadores e usuários, com conseqüente aumento da resolubilidade dos serviços (BRASIL, 2006). O projeto “Posso Ajudar?”, cujos funcionários são terceirizados, implantado recentemente na recepção dos Centros de saúde,

soma esforços no sentido de melhorar o acolhimento, o fluxo de informações e os encaminhamentos dos usuários aos serviços demandados. A comunicação e sinalização das atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da família estão presentes nas ações do projeto, facilitando o acesso dos usuários desavisados e/ou com pouca instrução. Neste processo de acolhimento e humanização em serviços, outros agentes pertencentes à rede de profissionais são referências para a comunidade. Muitas vezes, profissionais mais antigos e/ou aqueles mais ouvintes dos anseios e queixas do usuário em atendimento, não necessariamente de nível superior, representam importantes interlocutores entre a comunidade e os centros de saúde da família.

No que diz respeito aos servidores, os CSFs, na sua maioria, não dispõem de equipes do PSF completas. Isto evidente causa dificuldades no atendimento, como sobrecarga dos profissionais em atividade, aumento das filas e insatisfação dos pacientes. No caso dos usuários, há unidades que contabilizam em média 1.000 atendimentos/dia, o que só é possível com o funcionamento de três turnos de trabalho. Há, entretanto, situações mais graves, como uma outra unidade, que possui 40.000 usuários cadastrados e realiza 3.400 atendimentos/mês, sendo também em três turnos, apresentando grandes filas no período noturno.

Por sua vez, o número de funcionários nos CSFs é variável. Há unidades com 50 servidores, algumas em média de 70, outras ainda que possuem 104. Entre estes, persiste uma quantidade significativa de funcionários terceirizados, o que tem gerado problemas para os gestores, já que sua condição trabalhista os coloca em situação desvantajosa. No discurso da rotina de trabalho destes profissionais também é possível perceber o atendimento diferenciado no desenvolver de suas ações profissionais, e mesmo as multitarefas, dentro de um quadro de carência de pessoal.

Como auxiliar de enfermagem eu tô há 27 anos, mas aqui no posto há 25 anos. Aqui eu faço de tudo. Aqui eu faço aerossol, vacina, curativo, fico na sala de prevenção, auxílio aqui se faltar alguém aqui na farmácia e, às vezes, fico lá pela coordenação, dando uma mãozinha na coordenação, quando necessário. Fico no SAME, faço aprazamento, faço o que for preciso para não prejudicar o serviço. O que falta aqui, o que for necessário, eu me apresento e chego junto. Às vezes eu fico no SAME, aprazando exames, agendando e entregando exames. São essas as minhas atribuições aqui. (...) eu sou até meio

suspeita pra fazer isso, sabe, porque eu mesmo já fiz muita coisa aqui que não é de minha competência. E eu resolvi, procurei resolver. (Auxiliar de enfermagem)

A localização dos centros de saúde pesquisados é considerada de fácil acesso para a população atendida, na sua maioria em bairros de classe média ou da periferia de Fortaleza. No entanto, são comuns atendimentos de usuários pertencentes a outras áreas de cobertura, que não têm acesso à rede de saúde em seu bairro residencial. Muitas vezes, faltam centros em áreas de risco e/ou bairros populosos da grande capital, afetando, sobretudo, a população de baixa renda, carente dos serviços básicos em saúde.

Em acréscimo, a poluição sonora é bastante significativa nestes ambientes terapêuticos, a depender da organização do serviço de acolhimento inicial e recepção (Posso Ajudar e SAME), do número de atendimentos, especialmente de crianças, e da proximidade ou não de ambientes barulhentos, tais como escolas, fábricas ou ruas com trânsito intenso.

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

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

Nos Centros de saúde pesquisados, os representantes do Conselho local de saúde, sobretudo usuários, não participam, ou participam de forma tímida/embrionária, dos espaços de discussão sobre o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas. Em parte das unidades visitadas, o que encontramos

foi a falta de mobilização e iniciativa da comunidade para exercer esta participação. Por sua vez, o serviço de Ouvidoria é centralizado nas unidades administrativas da gestão municipal, ou seja, nas Secretarias regionais. Os modos frequentes de expressar reivindicações nos CSFs são feitos através de contatos com a coordenação, diretamente no balcão, ou por meio do uso de caixas de sugestão. Diversos motivos são mencionados como agentes causadores desta desmobilização, dentre eles, dificuldades de interlocução com lideranças comunitárias e interferências de agentes privados e religiosos na construção coletiva.

No que diz respeito às formas de discriminação e violência simbólica eventualmente presentes no ambiente dos CSFs, constatamos relatos de discriminação verbal, física, racial e contra o funcionalismo público. Em alguns casos, também soubemos de episódios – ainda que menos frequentes - de discriminação associada ao porte de uma determinada enfermidade. Outras modalidades de violência são apontadas como as advindas de situações familiares conflituosas ou de alcoolismo, transpostas para a unidade. Contudo, na maioria dos relatos predomina uma negação de ocorrências de discriminação, como aquelas apontadas pela política de humanização (HUMANIZA SUS, 2005). Todavia, esta percepção é confrontada pela opinião dos usuários, que destacam três modos significativos de discriminação – e de violência simbólica -, que são: por abuso de autoridade, por orientação sexual e por enfermidade. Em muitos relatos dos servidores ouvimos negativas enfáticas da inexistência de discriminações, o que contrasta frontalmente com os informes dos usuários. De acordo com Deslandes (2005), esse é um aspecto crucial, pois resgatar a humanidade do atendimento é ir contra a violência, seja ela física e psicológica, expressa nos maus-tratos, seja simbólica, na forma de frustração de demandas e expectativas do usuário, ou nas modalidades acima indicadas.

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

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

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

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

Pelo o que se observou nas unidades, os desconfortos relativos à discriminação, violência, filas longas, atraso de exames ou de medicamentos (o que pouco verificamos em nossas visitas) são atenuados por uma série de medidas que podem ser classificadas como de humanização. Genericamente, elas dizem respeito à oferta de serviços de infra-estrutura como áreas com televisor, banheiros, bebedouros e equipamentos de lazer para as crianças. Há de se observar que muitos destes ambientes por vezes carecem de ventilação e de silêncio, necessários a uma instituição de saúde. Por outro lado, ações de cunho participativo são estimuladas, como grupos de idosos, grupos católicos de oração, festas populares (dia das crianças, das mães, dos pais), dias de vacinação, rodas de conversa, prêmios e concursos, dentre outras atividades de educação em saúde. Percebemos aqui que esse envolvimento de usuários, gestores e servidores, liderado estrategicamente por coordenadores e subcoordenadores das unidades, se alinha aos pressupostos da política de humanização, particularmente no que diz respeito à gestão participativa (HUMANIZA SUS, 2005). Há depoimentos que afirmam: “sem participação, não há humanização”. Mas também os servidores alertam que “para humanizar mesmo tem de começar dando condições aos funcionários”.

Conforme os relatos dos servidores, observamos diversos sentidos para a humanização dos serviços de saúde. Expressões variadas (“viver bem”, “reconhecer a necessidade de cada um”, “atender sem discriminação”,

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

A iniciativa da PMF ao promover cursos de humanização e incentivar o trabalho dos multiplicadores é motivadora, pois abre possibilidades de renovação profissional para os servidores, ao tempo em que trabalha vários aspectos da humanização, esta entendida como uma “coisa sutil”, relativa à subjetividade das pessoas.

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

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

Os relatos acima indicam claramente que humanizar pressupõe um processo orientado para a subjetividade, para uma “atitude” de transformar o modo de trabalho, mesmo que as condições objetivas (administrativas, físicas e tecnológicas) tenham também um peso considerável.

Considerações Finais

Neste artigo nos dispusemos a analisar a condução da política nacional de humanização na rede municipal de atenção em saúde de Fortaleza. Optamos por examinar a implementação do Humaniza SUS segundo a visão de gestores

e servidores das unidades de saúde. Discutimos diversos aspectos que o conceito de humanização suscita, tais como o de política transversal no SUS, dimensão da integralidade, articulação interdisciplinar e valorização da subjetividade.

Constatamos que o processo de humanização apresenta objetivos pragmáticos, frutos de uma avaliação do conceito, o que implica em redução de filas, acolhimento resolutivo, respeito aos direitos dos usuários, gestão participativa, dentre outros aspectos. Verificamos a relevância da dimensão subjetiva nos princípios desta política pública.

No caso de Fortaleza, ressaltamos que a atual gestão tem procurado implementar ações de humanização através de melhorias físicas das unidades, acolhimento por classificação de risco, eventos participativos, treinamento de funcionários, ambiência terapêutica e comunicação institucional. Todavia, verificamos ainda diversos entraves para o avanço do Humaniza SUS refletidos na insatisfação dos usuários, no número insuficiente de servidores, em problemas trabalhistas, na grande demanda por serviços, entre outros elementos.

Resulta que o modelo atual de atenção básica ainda é caracterizado pela fragmentação das práticas e desarticulação dos serviços, o que traz certamente grandes desafios para se por em prática os fundamentos do Humaniza SUS e se chegar a uma abordagem integrada do cuidado humanizado. Segundo Machado e outros (2007), a integralidade é conceituada como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; porém, se tal propósito deve cobrir todo o trabalho do cuidador, então condições devem ser buscadas e garantidas, tais como privacidade, acolhimento, jornada de trabalho, participação da comunidade e capacitação dos cuidadores.

Os desafios inerentes a tal tarefa exigem a participação simultânea e articulada dos sujeitos principais: usuários, gestores e profissionais de saúde. Seus esforços devem conduzir ações voltadas para valores e comportamentos inspirados nos direitos e deveres dos usuários e servidores, na melhoria das condições de trabalho, em projetos permanentes de educação em saúde, e na ampliação do cuidado integral na atenção aos pacientes.

ABSTRACT: This article analyses the implementation of the National Policy on Humanization in Primary Health Care. Based on a research conducted in family health centers in the city of Fortaleza, we highlight some advancements and obstacles. Taken into account the opinion of Health professionals and staff, some aspects concerning health management, participation and humanization are analyzed within a comparative approach regarding basic principles of National policy on humanization.

Key-words:
Humanization,
primary health care,
family health.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004. Política Nacional de Humanização. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 01 de outubro de 2007.

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

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

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

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

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

DESLANDES, Suely Ferreira; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Humanização e cuidado em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 Out 2007.

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

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

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIEIRA,
Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. Rev. Latino-Am.
Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 Out 2007.

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

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de
saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.