

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE**

Monografia de Especialização

Elizane Medianeira Gomes Pires

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS NO CAMINHO DO CUIDADO
HUMANIZADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**Santa Maria, RS
2016.**

Elizane Medianeira Gomes Pires

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS NO CAMINHO DO CUIDADO HUMANIZADO
NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Pós Graduação apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria/ RS (UFSM), como requisito parcial para a obtenção de título de **especialista em Sistema Público de Atenção à Saúde com ênfase na Atenção Básica/ESF.**

Orientador (a): Professora Doutora Elenir Fedosse

**Santa Maria, RS,
2016**

Elizane Medianeira Gomes Pires

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS NO CAMINHO DO CUIDADO
HUMANIZADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Monografia de Conclusão de Pós Graduação apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria/ RS (UFSM), como requisito parcial para a obtenção de título de **especialista em Sistema Público de Atenção à Saúde com ênfase em Atenção Básica/ESF.**

Aprovado em 14 de Março de 2016

Dr^a Elenir Fedosse
Presidente/orientador

Dr^a Maria Denise Schimith
Banca

Ms Silvana Basso Miolo
Banca

Ms Tanise Santos
Banca/suplente

Santa Maria, RS
2016

Resumo

Potencialidades e Desafios no Caminho do Cuidado Humanizado nas Redes de Atenção À Saúde

Autora: Elizane Medianeira Gomes Pires

Orientadora: Elenir Fedosse

A Política Nacional de Humanização aposta na humanização como um dispositivo para o reencantamento do Sistema Único de Saúde, a fim de que ações pautadas na reestruturação da assistência à saúde permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às necessidades de saúde da população brasileira. Objetivou-se identificar na opinião dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica do município de Santa Maria/RS, como a Política Nacional de Humanização pode ser aplicada neste nível de atenção e, ainda, como ela contribui no itinerário do cuidado dos usuários nas Redes de Atenção à Saúde. Trata de uma pesquisa exploratória e descritiva realizada com trabalhadores da saúde das unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Santa Maria/RS. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, entre os meses de junho a agosto de 2015. Fizeram parte da amostra, 78 profissionais da saúde. A análise dos dados foi baseada na análise textual discursiva. Dos resultados emergiram três categorias: Fortalecimento da Atenção Básica/ESF por meio da Política Nacional de Humanização; Itinerário do Cuidado em Saúde e (Re) Estruturação das Redes de Atenção à Saúde. Conclui-se a partir dos resultados que a Política Nacional de Humanização possibilita a formação do vínculo, o cuidado ampliado, a concepção da singularidade dos sujeitos e a integralidade da atenção. O itinerário do cuidado é visto fragmentado e descontextualizado, as fragilidades decorrem da ausência de uma linha de cuidado que vise orientar o usuário. As Redes de Atenção à Saúde apresentam-se fragilizadas e pouco atuantes, permeadas por dificuldades estruturais tanto no aspecto físico como na relação de trabalho entre os diferentes níveis de atenção.

Descritores: Sistema Único de Saúde, Atenção Primária a Saúde; Gestão em Saúde, Humanização da Assistência.

Abstract

Potential and Challenges on the Road of Humanized Care in health care networks

The National Humanization Policy focus on humanization as a device for the SUS reenchantment, so that actions based on the restructuring of health care can respond with effectiveness, efficiency, safety, quality and equity, the Brazilian population's health needs. This study objective to identify how the National Humanization Policy can be applied at Primary Health Care and also how it contribute to the itinerary care of users in the health care networks in the health workers' opinion of this level of attention from the city of Santa Maria / RS. It is an exploratory and descriptive research carried out with the health workers from the Family Health Strategy (FHE) units in the city of Santa Maria / RS. Data were collected through semi-structured interviews; between the months of June to August 2015. The sample was consisted of 78 health professionals. Data analysis was based on textual discourse analysis. The results highlight three categories: Strengthening Primary Health Care / FHE through the National Humanization Policy; Health care itinerary and (Re) Structuring Health services. It is concluded that the National Policy of Humanization enables the formation of the bond, extended care, concept of subject's singularity and integrality of health care. The itinerary of care is seen fragmented and decontextualized, weaknesses stem from the absence of a care line aiming guide the user. The health care networks are weakened and not very active, permeated by structural difficulties both in the physical structure as the working relationship between the different levels of care.

Keywords: Unified Health System, Primary Health Care, Health Management, Humanization of Assistance

SUMÁRIO

Introdução	08
Objetivos	09
Objetivos Especificos	09
Metodologia.....	09
Resultados e Discussão.....	11
Fortalecimento da Atenção Básica/ESF por meio da Política Nacional de	
Humanização.....	12
Itinerário do Cuidado em Saúde.....	15
(Re)Estruturação das Redes de Atenção à Saúde.....	18
Considerações Finais.....	22
Referências.....	23
Apêndice	
Termo de Consentimento Livre e	
Esclarecido.....	25

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ESF- Estratégia Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

RAS – Rede de Atenção À Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – Organização Mundial da Saúde

INTRODUÇÃO

As conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS) desafiam, cotidianamente, todos os trabalhadores da saúde a desenvolverem propostas de intervenção que favoreçam o seu aperfeiçoamento. No percurso de construção do SUS, foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS), em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) com o intuito de apostar na humanização como um dispositivo para o reencantamento do SUS (BRASIL, 2009).

A PNH atua de forma transversal por meio de objetivos que buscam o enfrentamento dos desafios impostos no cotidiano dos serviços de saúde e, principalmente, no modo de cuidar e de produzir saúde. A humanização busca romper com a política de saúde fragmentada e desarticulada e, acima de tudo, visa pôr em prática os princípios de integralidade do cuidado (BRASIL, 2009).

É sabido que a fragmentação da assistência em saúde não é uma preocupação recente, foi identificada nos anos de 1920, na Inglaterra, pelo Relatório de Dawson. Porém, ainda na atualidade, esta fragmentação é observada e, em diversos países. Em 2010, a Organização Pan-Americana da Saúde (WHO) destacou algumas causas para esse dismantelamento da atenção à saúde, entre elas estão: i) a segmentação do sistema de saúde; ii) a fragmentação dos níveis de atenção; iii) o predomínio de programas focados nas doenças, nos riscos e sobre populações específicas; iv) o afastamento dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; v) o modelo de saúde com ênfase na atenção hospitalar; vi) a carência e má distribuição dos recursos disponíveis e vii) as culturas organizacionais contrárias à integração (WHO, 2010).

No Brasil, apesar de o SUS existir desde o início dos anos 90 (Brasil, 1990) e ter sido idealizado sobre premissas das experiências de países que construíram eficientes Sistemas de Atenção Primária à saúde, ainda hoje, as estruturas dos serviços de saúde estabelecidos nos municípios brasileiros guardam heranças históricas da política pública adotada na década de 70 - um modelo centralizado e apoiado na divisão de espaços entre os que produzem cura e os que fazem prevenção (MENDES, 2011). Tal fragmentação foi reforçada ao longo da década de noventa, na qual a instituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS) deixou de ser o eixo central (pelos próprios rumos do processo de descentralização), voltando ao centro do debate apenas a partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2000 (BRASIL, 2001), e, especialmente com o Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006).

Ocorre que a situação de saúde brasileira se expressa por uma situação de tripla carga de doenças infecciosas, carências e crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde fragmentado, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Por isso, há que se reestabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolve real implantação das RAS (MENDES, 2011), ou seja, há que se reconhecer que a reestruturação da assistência à saúde só pode ser promovida por meio da organização de RAS que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, necessidades de saúde da população brasileira.

A atual concepção de saúde e de sistema de saúde adotadas no Brasil exigem reflexões e desenvolvimento de estratégias, sobretudo, por parte dos trabalhadores de saúde, que potencializem o trabalho em rede e fortaleça a AB como disparadora dos processos de gestão do cuidado. Portanto, tem-se como questão de pesquisa identificar as possibilidades de aplicação da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família, na percepção dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica do município de Santa Maria/RS.

Como a pode ser aplicada neste nível de atenção e, ainda, como ela contribui no itinerário do cuidado dos usuários nas Redes de Atenção à Saúde.

OBJETIVO GERAL

Identificar as possibilidades de aplicação da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família, na percepção dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica do município de Santa Maria/RS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar como a Política Nacional de Humanização pode ser aplicada nas equipes de Estratégia Saúde da Família.

Identificar como a Política Nacional de Humanização contribui no itinerário do cuidado dos usuários nas Redes de Atenção à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, orientado pela abordagem qualitativa, que integra a pesquisa - “Identificação e possibilidades de cuidado ampliado na Atenção

Básica do município de Santa Maria/ RS” - que teve por objetivo geral: identificar o conhecimento e as práticas dos trabalhadores de saúde das Unidades de Estratégia de Saúde da Família do Município de Santa Maria, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria/ RS, sob o número CAEE 1.099.207/2015. A referida pesquisa abordou a Política Nacional de Humanização, com destaque para as diretrizes da Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular. Também foi realizado um fórum voltado à discussão e ampliação de tal prática junto aos referidos profissionais.

Os dados foram coletados em unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município, por meio da técnica de entrevistas semiestruturadas contendo questionamentos como: i) Quais as facilidades e dificuldades cotidianas enfrentadas para o exercício da Política Nacional de Humanização nas atribuições da Atenção Básica? ii) O que você conhece das Redes de Atenção a Saúde? iii) Como está estabelecida a Rede de Atenção a Saúde em Santa Maria? iv) Como que a Política Nacional de Humanização pode interferir no itinerário do cuidado dos usuários de saúde nas Redes de Atenção a Saúde? v) Quais as especificidades do cuidado realizado na Estratégia de Saúde da Família na Rede de Atenção a Saúde?

O período de coleta de dados se deu no período de junho a agosto de 2015. O local de coleta de dados foi à própria unidade de saúde. Os encontros foram agendados previamente, conforme a disponibilidade dos participantes. Inicialmente, foi apresentado o documento de autorização institucional (Secretaria Municipal da Saúde) e o termo de autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e os objetivos da pesquisa, contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Foram convidados a fazer parte deste estudo todos os profissionais (126) que integravam as unidades de ESF do referido município cadastradas e atuantes no momento da coleta de dados. Foram incluídos servidores municipais (67 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), quatro Cirurgiões Dentistas (CD), 14 Enfermeiros, 14 Médicos, e 13 técnicos de Enfermagem) e onze Residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção em Sistema Público de Saúde (um assistente social, dois educadores físicos, quatro enfermeiros, um fonoaudiólogo, dois nutricionistas e um psicólogo), totalizando 126 participantes.

Foram excluídos os trabalhadores que se encontrarem em férias (quatro ACS, dois Enfermeiros e dois residentes (um fonoaudiólogo e um nutricionista). Os que estavam em afastamento por motivos de saúde (10 ACS, um ASB, um Enfermeiro e um Médico), os que estavam em desvio de função, ou seja, aqueles que estavam atuando como recepcionista ou na gestão (quatro ACS), bem como foram excluídas duas equipes de ESF que totalizou 17

trabalhadores, entre eles estavam nove ACS, um ASB, um cirurgião dentista, dois enfermeiros, dois médicos e dois técnicos de enfermagem, visto que as pesquisadoras atuavam com as referidas equipes. Outros 23 profissionais não aceitaram participar da pesquisa (17 ACS, um Cirurgião Dentista, dois Médicos e três Técnicos de Enfermagem).

Todos os participantes da pesquisa, após terem sido informados sobre o método e os objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1), que lhes garantia acesso livre aos dados coletados. Os participantes também foram informados de que seus nomes não seriam divulgados e de que poderiam se retirar do estudo a qualquer momento, sem restrições. Os participantes foram identificados no decorrer do estudo pelas letras: ACS (agente comunitário de saúde); ASB (auxiliar de saúde bucal); CD (cirurgião dentista); E (enfermeiro); M (médico); RM (residente multiprofissional); e TE (técnico de enfermagem), seguida de um número que corresponde à ordem das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas ortograficamente pelas pesquisadoras. O processo de análise ocorreu simultaneamente ao processo de coleta de dados. A análise dos dados se deu por meio da Análise Textual Discursiva (MORAES, GALIAZZI, 2011). Conforme estes autores, a Análise Textual Discursiva segue as etapas: 1) desmontagem dos textos; 2) estabelecimento de relações; 3) captação do novo emergente mantendo um processo auto organizado. Da movimentação emergente de novas concepções reflete-se sobre os fenômenos investigados e, assim, constata-se comunicação exaustiva entre os dados, concebendo as compreensões dos mesmos (MORAES, GALIAZZI, 2011).

Nesta perspectiva, após a leitura minuciosa e detalhada, os dados foram analisados e organizados em três categorias, quais sejam: Política Nacional de Humanização na Atenção Básica/ESF; Itinerário do Cuidado e (Re) Estruturação das Redes de Atenção a Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura minuciosa e detalhada, os dados foram analisados e organizados em três categorias que atendem aos objetivos do estudo, quais sejam: Política Nacional de Humanização na Atenção Básica/ESF; Itinerário do cuidado e (RE) Estruturação das Redes de Atenção a Saúde.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA/ESF

Os resultados encontrados nesta pesquisa demonstraram que a Política Nacional de Humanização tem sido aplicada na ESF por 58,22%, baseado nesse resultado emergiu esta categoria - “Política Nacional de Humanização na Atenção Básica/ESF – A mesma evidencia que o cuidado em saúde realizado em equipe de ESF está intimamente aliado ao vínculo entre profissionais e usuários da saúde, visto que os depoimentos de 42,30 % dos sujeitos relatam que a relação de cuidado tem a ver com o conhecimento que os profissionais têm acerca das vulnerabilidades e necessidades dos usuários de saúde pertencentes àquele serviço, conforme as falas: “[...] eu não sei se é porque a gente está tão próximo da vida deles e eles veem tantas vezes e não tem aquela burocracia de ter todo um sistema, parece que é de gavetinha né, daí tu vai abrindo as gavetas conforme”... daí eu não sei, acho que pode ser isso também, porque eles ficam mais próximos” (RM 1).

“Vínculo, principalmente, eu acho que é o básico assim, por que é o que a gente mais consegue, é aonde o usuário começa a se sentir acolhido, aonde ele começa a ter confiança e ele começa a abrir as coisas pra ti e tu consegues cuidar de uma maneira melhor” (E 3).

Segundo autores, o vínculo se estabelece a partir do momento em que o paciente/família sente-se atendida ao ter suas demandas resolvidas, permitindo assim uma troca que acarreta na melhora da qualidade da assistência, favorecendo a participação do usuário e promovendo a autonomia de todos os sujeitos envolvidos no processo. (SCHIMITH; LIMA, 2004); (OLIVEIRA, ELAINE MACHADO DE; SPIRI, 2006); (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

A PNH segundo os participantes têm auxiliado na organização e planejamento do cuidado em saúde na ESF, seja na forma de receber o usuário, ou em atividade de integração, como na oferta de atendimentos em saúde, conforme explicita as falas: *“a gente procura inserir algumas coisas e tentar trazer a comunidade pra perto da unidade, com alguns eventos, festa junina, festa de natal, tem a reunião com a comunidade né, pra gente tentar mostrar o que tá sendo feito na unidade” (ACS 5).*

A humanização se propõe a transformar o que foi posto por décadas e vê nas equipes de Atenção Básica esse potencial de transformação na medida em que se apoia em condutas de inversão da lógica biomédica centrada até então na consulta médica, para práticas em saúde voltadas ao trabalho interdisciplinar e intersetorial, o que significa promover o diálogo entre as famílias entre os profissionais da saúde e os profissionais de outras áreas, como por exemplo, a educação, esporte e meio ambiente, sem as quais a prática tradicionalmente centrada na doença jamais se transformaria (CHAVES, MARTINEZ, 2003).

Ficou evidente nas falas de 48,71 % dos participantes que a PNH tem reforçado a concepção de cuidado ampliado na ESF por meio de seus dispositivos e diretrizes, associada com os princípios do SUS, visto que a integralidade e a equidade são alguns requisitos levados em consideração quando se trata de promover o cuidado do usuário: *“Eu acho que é o cuidado, tu não vai só atender a parte clínica do usuário, tu vai olhar em volta o contexto até pela proximidade que tu tem da casa, tu conhece família o que já passou naquela família [...]”* (ACS 13).

“Porque tu vê que tem processos aqui de doenças assim, que não só na questão clínica, mas sim em outros processos, na questão social, financeira e cultural, que a gente sabe que influencia muito na saúde” (RM 30). *“[...] tu consegue estudar aquela demanda, fazer um diagnóstico situacional, fazer um plano terapêutico singular, um caso, um matriciamento, fazer gancho com os teus colegas, sentar e conversar, pra tentar que essa política, na verdade, consiga atingir o teu usuário, pra que tu consiga fazer um itinerário pra que ele consiga chegar a onde ele deve chegar”* (RM 30).

A PNH tem compreendido que a AB é fundamental para qualificação do SUS, pois favorece a produção de vínculos terapêuticos entre sistema/equipes e usuários/redes sociais. Esta vinculação com corresponsabilização é que permite a organização do cuidado em rede, pois o vínculo entre equipe-usuário consegue promover tensionamentos em toda a rede SUS, aumentando as ofertas de atenção e levando em conta a peculiaridade de cada situação (BRASIL, 2010).

O cuidado em saúde trata-se de uma concepção e de uma responsabilidade muito mais ampla do que tratar *“o doente e não a doença”* assume um compromisso com o sujeito e a sua capacidade de produção da sua própria vida. Especialmente na AB, promover o cuidado é construir a clínica ampliada por meio de aquisições teóricas e práticas, em que os profissionais se encantem mais pelo modelo terapêutico e seus movimentos do que pelo *“jogo de encaixar”* (diagnóstico), ou seja, a clínica ampliada na AB trata-se de um modelo dinâmico em que o mesmo sujeito ora vai sofrer uma intervenção relativa ao plano biológico (doença), ora vai sofrer uma intervenção que tem a intenção de disparar produções e abrir caminhos terapêuticos para o sujeito (promoção da saúde e prevenção de doenças)(CUNHA, 2005 pag 220).

Contudo, percebe-se também que existem desafios a serem enfrentados e superados para que a humanização ocorra de maneira plena nos serviços de saúde, principalmente na ESF. Ficou explícito que ainda é preciso romper com o modelo biomédico centrado tanto nas práticas profissionais, quanto na concepção de atendimento que os usuários procuram. É

pertinente que se construa a multidisciplinariedade do cuidado, visto que o profissional de enfermagem ainda é considerado o responsável pela prática de acolhimento. Foi levantado também pelos participantes do estudo que o acolher faça parte do processo natural do cuidado e não uma conduta de triagem nos serviços, conforme relatam as falas:

“A população ainda não entendeu o que é o acolhimento, e também dá pra gente pensar em explicar melhor” (ACS 5).

“Eu acho que tá muito voltado o acolhimento ao profissional da enfermagem, ainda falta os outros profissionais entenderem que isso é qualquer profissão que pode fazer isso” (ACS 13). “As pessoas não conhecem, elas ainda acham que aquele ritmo de a consulta médica tem que ser só com o médico, eles estão mudando, algumas pessoas mudaram a concepção, mas muito lentamente, então que o posto de saúde é só vinculado ao médico se não tem medico não precisa ter posto de saúde” (ASB 50).

A integração entre diferentes núcleos profissionais permite que o cuidado ocorra de forma ampliada e contextualizada, ou seja, considerando o ambiente no qual o usuário vive. Portanto, o trabalho em equipe é essencial para que a assistência se dê plenamente, pois quando todos os membros conhecem as necessidades dos sujeitos e das famílias, a abordagem acontece em sua totalidade e é mais eficaz, à medida que a equipe participa do acompanhamento. Sabe-se que o acontecimento multiprofissional possibilita a construção de propostas integradas e articuladas rompendo com o modelo médico centrado; além de possibilitar uma proposta terapêutica eficaz, fortalece o cuidado em saúde não especificadamente atrelado à conduta médica (OLIVEIRA, SPIRI, 2006).

Para tanto, são necessários arranjos e dispositivos de gestão que contemplem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes.

É premente a necessidade de abordagens que permitam uma clínica compartilhada, ou seja, a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família e com comunidade (BRASIL, 2009).

No campo da enfermagem é visto uma formação que agrega vários saberes, por ter capacidade de interagir abundantemente com os demais profissionais da equipe da saúde (BACKES, et Al 2008). Portanto, o enfermeiro mais atuante, possibilita apoio e coordenação das atividades, planejando junto com a equipe as intervenções necessárias, o que torna seu trabalho reconhecido e valorizado (OLIVEIRA, SPIRI, 2006).

Compreende-se que o profissional enfermeiro como núcleo integrante das equipes de ESF tem um importantíssimo papel na construção de um SUS que dá certo, visto que sua

formação generalista e com abordagem no planejamento e gerenciamentos dos serviços de saúde pode/deve construir estratégias que visem promover o cuidado ampliado, que possa contemplar os princípios da integralidade, equidade e universalidade do SUS, bem como garantir a longitudinalidade do cuidado com base na clínica ampliada.

ITINERÁRIO DO CUIDADO

O itinerário do cuidado está intrinsecamente relacionado com a corresponsabilização do cuidado entre os diferentes serviços de saúde e o usuário, ou seja, é a partir de um encaminhamento seguro que se promove a saúde do sujeito e assim se constrói uma rede de atenção à saúde que responda aos dispositivos e diretrizes propostos pela PNH.

Portanto, a análise dos dados trouxe a real situação de saúde do usuário nas RAS do município em estudo. De acordo com os depoimentos pode-se inferir que a corresponsabilização é uma das principais estratégias para se promover a humanização, contudo é relatado pelos participantes que essa conduta não é tão comum como se deveria: *“As pessoas não estariam ai pipocando de galho em galho” (M 12). “[...] tem a questão da responsabilização e da corresponsabilização pelo sujeito né, não é simplesmente pegar o paciente aqui e largar de mão né, a gente fica responsável por todo o caminho e isso não acontece. Parece que a gente é que fica responsável, mas o traumato não tem nada de responsabilidade com aquele paciente sabe, parece que se perde o vínculo” (RM 1).*

O cuidado em saúde na perspectiva da organização de uma linha de cuidado pressupõe uma responsabilização tanto do profissional como do sistema de saúde pela saúde do usuário. Contudo, esta simples percepção está muito distante da prática cotidiana, pois é habitual no espaço de encontro entre profissional e usuário uma prática autoritária preenchida pela “voz” do profissional de saúde e pela “mudez” do usuário. Portanto, o modo de produzir saúde não deveria se dar na concepção de artefato, comandado pelo autoritarismo do profissional, mas sim a partir de um trabalho “vivo em ato” permeado pela “interseção-partilhada”, na qual acontecessem trocas, compartilhamentos, pela disponibilidade do profissional em liberar saberes e atos cuidadores, e pelo desejo do usuário em restabelecer sua autonomia (MIRANDO; CONCEPTOS; MERHY, 2003), (MALTA; MERHY, 2010).

Ficaram evidentes, também alguns entraves na promoção da PNH e do itinerário do cuidado seguro e responsável ocasionados pela desestruturação dos sistemas e/ou serviços de saúde, de acordo com as falas: *“Depois que sai aqui da unidade a gente não sabe como é que tá, até falta um sistema assim da rede pra saber onde que tá aquele paciente”!* *“Que número*

que tá na fila né? isso daí é um dado que não precisa ficar oculto” (ACS 5). [...] “a política de humanização perpassa a questão da resolutividade, não adianta eu fazer o meu melhor por aquele paciente se o meu melhor não é o suficiente pra resolver a necessidade que ele tem então a gente tem que ir além, eu posso não fazer tudo, eu posso não resolver o problema dele, mas eu tenho que garantir a continuidade desse cuidado, aí onde eu tenho um entrave eu já não garanto, por exemplo, um encaminhamento, um paciente que tu precisa encaminhar pra um determinado serviço e aí tu não consegue porque não tem oferta daquele serviço” (E3).

Sabe-se que é sugerido, pela WHO, um modelo de atenção à saúde que estabelece redes integradas de serviços de saúde levando em consideração: i) a população/território, ii) ações de promoção da saúde, de prevenção das doenças, de diagnóstico e tratamento oportunos, de reabilitação e de cuidados paliativos; iii) prestação de serviços especializados nos lugares apropriados; iv) um sistema de governança participativo; v) gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica; vi) recursos humanos suficientes; vii) sistema de informação integrado; viii) financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com os objetivos das redes integradas de serviços de saúde e ix) ação intersetorial ampla. Portanto, a partir dessa configuração, a AB como porta de entrada e ordenadora e coordenadora do cuidado pode atuar na coordenação ao longo de todo o itinerário do usuário nas redes (WHO, 2010).

De outra forma, a responsabilização pelo itinerário do usuário nas redes é visto por alguns profissionais o que corresponde a 16,66%, como uma conduta ética, cidadã e principalmente de empatia com o outro, como relata a fala: *“A clareza da informação, falar a linguagem deles sabe, eu acho que isso para o itinerário deles é fundamental, muitas vezes a gente tá sempre correndo, sempre trabalhando muito e a gente não dá a devida atenção pros nosso usuários sabe, então a gente tem que pensar, repensar e pensar todos os dias sabe, é um processo de construir e desconstruir assim, então eu acho que isso tem que tá bem claro, porque isso depende muito de nós sabe! Para itinerário ser completo e ser efetivo pra conseguir atingir as necessidades dos nossos usuários na verdade né?” (RM 33)*

Entretanto, é visto por 21,79% dos participantes, um usuário desorientado, abandonado e desrespeitado; falta além da corresponsabilização, uma sensibilização por parte dos profissionais, conforme os depoimentos: [...] *“e ele simplesmente não deixou o paciente falar, daí quando o paciente falou, ele simplesmente rasgou o pedido e o paciente foi embora sem solucionar o problema dele” (RM 01).*

“Então eles voltam pra cá do mesmo jeito que a gente mandou, sem saber nada” (E 18). “[...] não dão a mínima atenção, o paciente vai, volta, vai, volta, vai, volta, vai, volta e não procuram ajudar, não ligam pra perguntar se aconteceu alguma coisa se poderia ser feita por telefone também” (ACS 45). “[...] às vezes as pessoas são leigas, elas não sabem pra onde vai. E se tu tá aqui tu apoia, mas e se tu não está, não estão nem ai, não o senhor tem que ir lá, mas não faz aquela coisa de humanizar, de falar, de explicar, sabe? Eu acho que falta bastante, eu acho que isso aí falta um pouco nos profissionais de saúde” (ACS 13).

Dentre os princípios do SUS, o direito a informação foi defendido como aquele que se legitima a partir da informação mediada pelo profissional de saúde, permitindo com que o usuário se empodere da informação, com a possibilidade de gerar conhecimento e, conseqüentemente o exercício de sua cidadania. Contudo, de acordo com Leite (2010), o direito à informação tem encontrado entraves que se relacionam com o autoritarismo do profissional e a pouca ou nenhuma participação do usuário em seu plano terapêutico. Há inclusive a dificuldade de acesso ao prontuário (usuários sentem-se intimidados pelos profissionais da saúde); a falta de respeito e empatia com o usuário (acarretando uma relação não sincera e não confiável); o pouco tempo dedicado aos atendimentos (pode gerar lacunas na identificação das reais causas dos problemas de saúde), bem como o excesso de burocracia (que ao invés de facilitar o processo do cuidado acaba dificultando) (LEITE, 2010).

De acordo com Merhy, toda a abordagem de cuidado em saúde, envolvendo trabalhador e usuário, é um encontro entre duas pessoas e isso significa “trabalho vivo”. Esse processo de acolhimento gera sentimentos, expectativas (confiança e esperança) e outras produções, que se interconectam por meio de momentos de falas, escutas e interpretações. Os encontros podem produzir ou não vínculos; tal produção depende das intenções que as pessoas colocam no encontro, das circunstâncias de cumplicidades (responsabilização em torno do problema que se está enfrentando)(MERHY, 1989).

Portanto, dentre essas e outras estratégias é apontado por 20,51% dos participantes do estudo induções que facilitariam o itinerário do cuidado humanizado a partir do simples conhecimento do profissional da outra ponta que irá receber esse usuário, de usar os dispositivos como telefone e internet para estar fazendo o elo entre os serviços, e principalmente promover encontros presenciais entre esses profissionais. Para tanto, é importante o apoio da gestão na promoção dessas estratégias, como relatado a seguir: *“é a questão de agente conhecer os profissionais que estão na outra ponta, é bem mais fácil de tu chegar sabendo qual profissional que tá lá até pra ti ter um vínculo e conseguir passar os casos” (CD 57).*

“[...] sentar e conversar, pra tentar que essa política [PNH], na verdade, consiga atingir o teu usuário, pra que tu consigas fazer um itinerário pra que ele consiga chegar a onde ele deve chegar” (RM 33).

“Eu acho que a secretaria tinha que fazer montar um fluxograma direitinho assim e chamar todos os trabalhadores sabe, convocar na verdade, porque chamar só não adianta, e que todos assinassem, dessem por impresso sei lá, para tentar organizar um pouco” (RM 39).

O apoio e o investimento dos gestores em processos de gestão coletivos e participativos implicam na corresponsabilização entre os atores envolvidos no ato de cuidar, tanto no campo da micropolítica como no da macropolítica. Ressalta-se que micropolítica tem a ver com a organização da assistência à saúde, atua como forte potencial de transformação das práticas de trabalho, onde todos os profissionais encontram espaços produtivos, elevando assim sua capacidade resolutiva nos serviços. Esse processo possibilita a construção de espaços criativos reconfigurando o modelo de assistência à saúde (MERHY, 2002).

E todos os trabalhadores fazem uso de seus espaços de autonomia para agir como lhes parece correto ou apropriado segundo o contexto e de acordo com seus valores e/ou interesses e segundo as afecções que os encontros com os usuários lhes produzem. Todos são autores de seu próprio trabalho (negociando, é claro, com as normas, com as políticas, com as limitações das condições materiais, com dinâmica da equipe de trabalho). Mas tomam decisões, muitas decisões. Sempre poderiam fazer de outro modo – melhor ou pior, mas diferente, a partir de outras escolhas (Feuerwerker, 2014; pag 67).

Já a macropolítica tem atuação a partir dos determinantes sociais, articulações intersetoriais, mudanças na legislação, atuação na regulação, no financiamento das ações, na rede de serviços, na organização da vigilância e informação em saúde. Essa é capaz de produzir um processo que possibilita a oportunidade de colocar os seus construtores/gestores em reflexão e aprendizagem. Portanto, é a partir dessa reflexão que se compõe as linhas de cuidado - macroprocessos articulando-se com microprocessos (MIRANDO; CONCEPTOS; MERHY, 2003).

No sentido acima, a comunicação entre os serviços de saúde interliga os microespaços aos macroespaços e, por isso, cada serviço pode ser repensado como um componente fundamental para garantia da integralidade do cuidado, ou seja, uma “*estação*” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a atenção adequada ao seu estado de saúde. O desafio de “*conectar*” essas redes assistenciais é de todos os trabalhadores de saúde – gestores e profissionais da ponta (MALTA; MERHY, 2010).

(RE) ESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

De acordo com o que foi apontado nos depoimentos dos participantes convém discutir a (re)estruturação das RAS do município, visto que a promoção da humanização na AB (especialmente a partir das equipes de ESF) tem forte potencial de alavancar o cuidado ampliado e estruturado nos demais segmentos da rede de atenção.

Conforme os participantes há uma linha muito tênue entre a teoria e a prática, entre o que se pode fazer e o que é feito, entre o que é realmente dificuldade no serviço e a falta de atitude (conduta) do próprio profissional para o estabelecimento das RAS. Tais situações têm gerado desafios na construção da Rede, acarretando fragmentação no cuidado ao usuário. “[...] a rede pra mim ... ela é muito teoria ainda, sabe? Eu não consigo enxergar uma rede de atenção à saúde na prática, sabe, que tenha ... tipo... aquele desenho que a gente vê os pontos se interligando” (RM 1).

“Olha... o papel tudo tão lindo! Que se funcionasse a metade do que é colocado no papel, já ajudava muito, né?” (ACS 5). “Eu vejo uma rede muito rica em relação a outros municípios, com potencial muito grande, né? E que tem algum entrave ou dificuldade que são inerentes à mente humana, né? Porque o limite tá na cabeça das pessoas, eles não são limites físicos, eles são mentais e da questão das relações humanas porque pra uns profissionais... o seu mundo, é o seu local de trabalho; pra outros, que é o meu caso, meu mundo é toda a rede que eu tenho disponível” (TE 61).

As RAS são estruturas organizadas com vistas a responder o princípio da integralidade do cuidado. Baseiam-se a partir de organizações poliárquicas que visam compor uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, tendo como coordenadora a AB, que deve ser prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada. As RAS contam com uma estrutura operacional a partir de cinco componentes: i) o centro de comunicação (a atenção primária à saúde); ii) os pontos de atenção secundários e terciários; iii) os sistemas de apoio; iv) os sistemas logísticos e v) o sistema de governança das RAS. Contudo, é imprescindível para que essa rede funcione de maneira apropriada que a AB cumpra com seus papéis essenciais nas RAS, que são: i) a resolução, a capacidade para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; ii) a coordenação, a capacidade de orientar os fluxos e contra- fluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes e iii) a capacidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população (MENDES, 2010).

Portanto, com base no conceito de Rede e no seu sistema de operação, conclui-se que para se constituir RAS é preciso que todos os pontos estejam interligados e em plena operação. Contudo, o município em estudo, de acordo com a nota técnica do Departamento da Atenção Básica (DAB) não tinha (no momento da coleta de dados) uma cobertura de ESF/AB adequada para cumprir com os objetivos de uma Rede, o que acarreta desestruturação do Sistema e fragmentação do cuidado, como já indicado anteriormente e a seguir.

Os participantes ainda referem dificuldades estruturais que giram em torno dos níveis de atenção à saúde e até mesmo dentro do mesmo serviço, somado à falta de aproximação e comunicação entre esses, além de uma cultura de preconceito acerca da importância de um nível de cuidado sobre o outro: *“Então acho que isso é um pouco de dificuldade da estruturação dessa rede, a questão da comunicação né? de como que vão se dar esses fluxos entre os serviços, principalmente assim quando tu queres referenciar pra um serviço, por exemplo, a gente liga aqui da unidade, quando tem que encaminhar algum paciente, só que assim à gente não recebe um retorno, essa contrarreferência, o que acontece: a gente só recebe esse retorno quando o paciente retorna aqui na unidade, porque do serviço à gente não consegue ter esse retorno. E tem aquela coisa assim da atenção básica e do hospital cada um reclama do outro né? e a gente não consegue realmente sentar pra conversar e efetivar isso, pra que se torne uma prática dentro do serviço” (RM 48).*

Segundo autores, todas as “estações” de saúde (na qual os usuários estão inseridos) são essenciais para compor a linha de cuidado, pois os usuários ora precisam de apoio diagnóstico, terapêutico e de cuidados especializados, ora necessitam retornar a sua segura “estação de cuidado” que pode ser sua família ou o serviço de AB/ESF. Portanto, todos os serviços tem papel essencial na ligação da rede, pois no momento em que um usuário tem a alta de um serviço de nível secundário ou terciário poderia ser um momento privilegiado para se garantir a longitudinalidade do cuidado, ao invés de meramente lhe fornecer uma contrarreferência sem compromisso, apenas de forma burocrática. (MALTA; MERHY, 2010)

Do mesmo modo, a AB, poderia, inclusive, participar desse acompanhamento, contribuindo na condução terapêutica, criando ligações potentes entre as equipes dos diversos níveis de cuidado, debatendo condutas, protocolos, fluxos a fim de reduzir a demanda de novos pacientes para o serviço hospitalar. Isso se trata de um processo vivo que pode ser construído pela gestão, como espaço articulado da educação permanente em rede. (MALTA; MERHY, 2010).

Apareceram falas que indicam a construção das Redes por meio de forças de integração ensino-serviço, o que pode ser visto pela atuação dos residentes multiprofissionais:

“[...] agora com a função da residência multi a questão da contrarreferência no puerpério, né? A gente tá conseguindo” (E 3). Contudo, percebe-se que são relações pontuais e frágeis. Em outros pontos da Rede isso não acontece: *“Em minha opinião... agora não funciona, ela [a Rede] pode funcionar pipocado, como eu digo assim: CRAS pra CRAS ou... sei lá... ou assistente social pra isso; mas ela não funciona daqui da unidade básica para o hospital” (M 12).*

Convém, aqui, discutir a construção teórica de Ceccin e Feuerwerker (2003) acerca do conceito de quadrilátero da formação - ensino-gestão-atenção-controle social, que versa sobre a qualidade da formação como um processo que resulta da análise crítica realizada a partir de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, do ordenamento da rede de atenção e da alteridade com os usuários. É essencial que as instituições formadoras estejam em consonância com as políticas públicas de saúde, cabendo a elas e ao SUS colher, sistematizar, avaliar e decifrar permanentemente os dados da realidade, a fim de que possam problematizar o trabalho das organizações de saúde e das de ensino. Esse processo visa à construção de significados e práticas que têm por objetivo a orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, estudantes e usuários (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ainda de acordo com as falas dos participantes, ficam evidentes os sentimentos de impotência e frustração, pelas dificuldades de se estabelecer o cuidado de acordo com as singularidades dos indivíduos. É importante ressaltar que essa situação além de ser um sofrimento para o profissional, pode traduzir-se em negligência para com o usuário: *“Sabe, a gente não tem um norte pra encaminhar o paciente; pra dizer “- óh tu vai isso”, e a gente não sabe se ele vai ser atendido, a gente pode até encaminhar, mas não sabe se ele vai ser atendido” (M 23).*

Entretanto, também é constatado um sentimento de resiliência, no qual alguns participantes relatam propor e construir estratégias que potencialize o cuidado em AB/ESF, em uma tentativa que vai além de construir uma rede, trata-se de uma construção em prol do cuidado ao usuário. Os depoimentos versam sobre um “cuidado alternativo” que leva em consideração a singularidade de cada indivíduo, de cada família e de cada território de saúde, conforme demonstrado a seguir: *A gente acaba procurando parcerias de igreja e outros meios, né? ONGs..., Então, essas seriam as nossas redes... “A gente faz as nossas redes” (ACS 02).*

Tinha na região oeste, há um dois anos atrás, as reuniões de rede, eram pra ir todos os serviços que prestavam algum tipo de atendimento àquela comunidade: escolas, CRAS, unidades de saúde, e era um espaço superinteressante, super-rico (E 03).

“Ela funciona quando o profissional vai atrás, né? Claro que tem deficiências, tem! Mas eu acho que se tu fores uma pessoa que quer fazer a diferença, tu vais atrás. Por quê? Porque teu usuário precisa, e não existe trabalho sem rede”. [...] os profissionais, eles têm que estar juntos, né? “Eles também têm que ser uma rede... que essa rede funcione” (ACS 06).

Para que as relações de cuidado possam ocorrer de forma ampliada e contextualizada com a realidade social e singular de cada usuário, é preciso que exista um espaço aberto que viabilize a construção do cuidado no sistema de saúde. Portanto, os atores sociais devem permitir que o usuário usufrua dos seus direitos e devem desejar a mudança nesse sistema; assim será possível concretizar a proposta do SUS - no momento que os trabalhadores da saúde se sentirem protagonistas desse projeto, haverá a possibilidade de implementar um SUS que esteja de acordo com suas preconizações. Para tanto, convém que os profissionais da saúde desejem o SUS como um ideal de defesa da vida da população e não visualizem os serviços de saúde (que pouco funcionam) como fonte de sofrimento. (SCHIMITH; LIMA, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa demonstraram que a Política Nacional de Humanização tem sido aplicada na ESF por 58,22% dos profissionais que dizem conhecer a Política ou referem práticas humanizadas em seus discursos. Pode-se perceber que o cuidado realizado nas equipes de ESF possibilitam a formação do vínculo, o cuidado ampliado, a concepção de singularidade dos sujeitos e a integralidade da atenção.

O itinerário do cuidado é visto fragmentado e descontextualizado tendo em vista a Política Nacional de Humanização. As fragilidades decorrem da ausência de uma linha de cuidado que vise orientar o usuário nas Redes. Contudo, algumas falas pontuais explicitam a construção de um cuidado humanizado a partir do esforço de poucos trabalhadores que buscam a humanização da atenção.

As Redes de Atenção à Saúde na percepção dos trabalhadores apresentam-se fragilizadas e pouco atuantes, permeadas por dificuldades estruturais tanto no aspecto físico como na relação de trabalho entre os diferentes níveis de atenção. Entretanto, é idealizada por alguns, como um espaço de cuidado ampliado protagonizado pelas equipes de ESF articuladas com os demais pontos de atenção à saúde.

Nesse sentido, é pertinente que outras pesquisas e/ou intervenções sejam realizadas a fim de que se instrumentem os trabalhadores da saúde desse município, no intuito de garantir cuidado em saúde permeado pela Clínica Ampliada e pela construção de Projeto Terapêutico Singular.

Os resultados evidenciaram também que a formação em serviço por meio dos programas de residência multiprofissional em sistema público de saúde tem formado profissionais com vistas aos princípios e diretrizes do SUS. Os residentes e ex-residentes que participaram do estudo demonstraram um aprofundamento teórico e prático acerca da PNH, da constituição de redes de atenção à saúde, das linhas de cuidado e o domínio das políticas públicas de saúde. Portanto, pode-se inferir que o incentivo governamental em programas de aperfeiçoamento profissional com vistas ao SUS têm gerado bons frutos e dado esperanças na construção de um sistema público de saúde que possa responder aos desafios encontrados.

Portanto, desafios devem ser superados para que se possa promover um cuidado que vise dar conta das vulnerabilidades dos sujeitos, das famílias, das comunidades e dos empasses da construção de uma assistência integral e longitudinal que tenha por objetivo promover a saúde e romper com o assistencialismo e curativismo que ainda fazem parte do sistema de saúde brasileiro. É por meio de profissionais de saúde - agentes sociais comprometidos – que se alcançarão as mudanças na produção da saúde e da ciência e, assim, se efetivarão as políticas públicas e o controle social – tal como o vivenciado no movimento da Reforma Sanitária, na década de 80, que inspirou a criação e implantação do SUS.

REFERÊNCIAS

BACKES, DIRCE STEIN, ET AL. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais da saúde. **cienc cuid saúde**, v. 7, n. 2, p. 319–326, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS. **PNH - Clínica ampliada e compartilhada**.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

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

CUNHA, G. T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, p. 212, 2005.

LEITE, R. A. DE F. Direito à informação em saúde : análise do conhecimento do paciente acerca de seus direitos. *Direito à informação em saúde : análise do conhecimento do paciente acerca de seus direitos.* [tese de doutorado], 2010.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde Health care networks. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 14, n. 34, p. 593–605, 2010.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora. In: **o SUS em Belo Horizonte**. v. 53p. 160., 1989.

MIRANDO, S.; CONCEPTOS, O.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. v. 7, n. 1, p. 61–66, 2003.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. D. F. A S. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, 2009.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional Family Health Program: the experience of a multiprofessional. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727–733, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Switzerland, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487–1494, 2004.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Considerando a necessidade de desenvolver práticas emancipatórias no cuidado em saúde e potencializar processos de mudança no cotidiano das equipes, tem-se a prática de projeto terapêutico singular (PTS) e de Clínica Ampliada como uns dos dispositivos de micro gestão do cuidado. Com isso, objetiva-se Identificar o conhecimento e as práticas dos trabalhadores de saúde das Unidades de Estratégia de Saúde da Família do Município de Santa Maria, acerca da Política Nacional de Humanização, com destaque para as diretrizes de Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular, bem como realizar um fórum voltado a ampliação de tal prática junto aos referidos profissionais.

Caso concordar participar do estudo, os encontros serão gravados e, posteriormente, transcritos para a análise, discussão e encaminhamento das atividades de intervenção a serem realizadas na sequência.

Salienta-se, que o estudo não implica em riscos e o benefício maior será o conhecimento e a busca pelo fortalecimento das políticas públicas de saúde. Garantimos que o seu nome será mantido em sigilo, assim como o caráter confidencial das informações relatadas; que poderá desistir de participar do estudo em qualquer momento, sendo seu consentimento retirado, sem que isso lhe acarrete danos ou prejuízos; que a sua participação não terá custo nenhum, que terá a garantia de esclarecer qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho e que terá acesso aos resultados do trabalho sempre que quiser.

Eu,.....

fui informado(a) dos objetivos do estudo acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do procedimento dos dados e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar.

Os pesquisadores, certificaram-me de que todos os dados deste estudo serão confidenciais, bem como assegurada a liberdade de retirar meu consentimento de participação no estudo, face a estas informações.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chama-los nos telefones (055) 84765156; 99320210; 99094494; 84236849

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Assinatura

Nome do Participante

___/___/___

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador

___/___/___

Assinatura de testemunha

Nome da Testemunha

____/____/____
Data