

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE

Lauana Borges Pedroso

**HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES**

Santa Maria, RS  
2016

**Lauana Borges Pedroso**

**HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO  
DOS TRABALHADORES**

Artigo de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase/Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Ênfase/Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.**

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Elenir Fedosse

Santa Maria, RS  
2016

**Lauana Borges Pedroso**

**HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO  
DOS TRABALHADORES**

Artigo de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase/Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Ênfase/Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família.**

**Aprovado em 14 de março de 2016**

---

**Elenir Fedosse, Dr<sup>a</sup>. (UFSM)**  
(Presidente/ Orientadora)

---

**Dr<sup>a</sup> Maria Denise Schimith**  
Banca

---

**Dda Silvana Basso Miolo**  
Banca

---

**Ms Tanise Santos**  
Banca/suplente

Santa Maria, RS  
2016

## RESUMO

### HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES

AUTORA: Lauana Borges Pedroso

ORIENTADORA: Elenir Fedosse

A Política Nacional de Humanização é uma política transversal, com princípios e diretrizes que orientam as ações nas diversas instâncias do Sistema Único de Saúde. A humanização compreende a Atenção Básica como espaço significativo para a qualificação do SUS como política pública. Este estudo tem como objetivo identificar e analisar o conhecimento dos trabalhadores de saúde das Estratégias de Saúde da Família sobre a Política Nacional de Humanização. Foi realizado por meio de uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Participaram do estudo 78 trabalhadores entre agentes comunitários de saúde, auxiliares em saúde bucal, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos, residentes de um Programa Multiprofissional e técnicos de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual semiestruturada, no período de junho a agosto de 2015 e analisados por meio da Análise Textual Discursiva. Após os mesmos foram classificados e agrupados de acordo com seus significados em duas categorias principais e seis subcategorias: 1. Conhecimento dos trabalhadores acerca da PNH (Conhece a política; Ouviu falar sobre humanização e/ou refere prática relacionadas à humanização; Conhece a política, mas não refere práticas relacionadas à humanização; e, Não conhece o assunto); 2. Exercício da humanização (Facilidades; Dificuldades). Constatou-se que a maioria dos entrevistados relatou conhecer a PNH ou referiu práticas relacionadas à humanização. Apesar disso, observou-se a necessidade de se trabalhar a PNH como uma política com diretrizes e princípios, para que a humanização não corra o risco de fragmentação ou até banalização.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Humanização da Assistência. Pessoal de Saúde.

## ABSTRACT

### HUMANIZATION IN FAMILY HEALTH STRATEGY: PERCEPTION OF HEALTH WORKERS

AUTHOR: Lauana Borges Pedrosa  
ADVISOR: Elenir Fedosse

The National Humanization Policy is a cross-cutting policy, with principles and guidelines that guide the actions at different levels of the Unified Health System. Humanization comprises the primary health care as a significant space for the qualification of Unified Health System as public policy. This study aims to identify and analyze the knowledge of health workers from Family Health Strategy about the National Humanization Policy . It was carried out by means of a qualitative, exploratory and descriptive approach. The study included 78 workers between community health agents, oral health assistants, dentists, nurses, doctors, residents of a Multidisciplinary Program and nursing technicians. Data were collected through semi-structured individual interview, from June to August 2015 and analyzed through the Textual Analysis Discourse, after this they were classified and grouped according to their meanings in two main categories and six subcategories: 1. Workers knowledge about the National Humanization Policy (know the policy; heard about humanization/ refers practice related to humanization; know the policy, but does not mention practices related to humanization, and do not know it); 2. Humanization exercise (facilities ; difficulties). It was found that the majority of interviewed reported knowing the National Humanization Policy or mentioned practices related to humanization. Nevertheless, it's needed work the National Humanization Policy as a policy with guidelines and principles in order that humanization not be fragmented or trivialized.

**Keywords:** Unified Health System. Primary Health Care. Humanization of Assistance. Health Personnel.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 METODOLOGIA.....	9
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
4 CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS .....	25
APÊNDICE 1 .....	28
APÊNDICE 2 .....	29

## 1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes assegurados em lei, foi um avanço muito importante para instituir a saúde como direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1988). Apesar da garantia constitucional de universalidade de acesso, integralidade do cuidado e participação social, entre outros, verificava-se, no início deste século, que os parâmetros legais ainda não eram totalmente seguidos (TRAVERSO-YÉPEZ e MORAIS, 2004) e, pode-se dizer que, ainda hoje, não os são.

A desumanização e as práticas desumanizadoras como filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares durante tratamentos, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições de trabalho, a degradação nos ambientes e das relações de trabalho refletem as precárias formas de organização dos processos de trabalho (BRASIL, 2010; GARCIA *et al.* 2009).

Como resposta a esta situação, decorrente das relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos, surge a proposta de humanização do setor saúde (RIOS, 2009). Começou no contexto das lutas antimanicomial (campo da saúde mental) e feministas pela humanização do parto e nascimento (campo da saúde da mulher) e aparece como tema na XI Conferência Nacional de Saúde de 2000. (BENEVIDES e PASSOS, 2005a; REIS, MARAZINA e GALLO, 2004).

Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH) levando o tema da humanização para todos os níveis de assistência do SUS. Esta política busca a garantia do direito à saúde, com reorganização dos serviços e das práticas, tendo como objetivo aprimorar o SUS (GARCIA *et al.*, 2009; PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

A humanização como política se propõe a criar espaços de construção e troca de saberes, possibilitando a interferência no processo de produção de saúde, considerando que a mobilização dos sujeitos pode transformar a realidade. Vem, pois, como estratégia para qualificar as práticas de saúde por meio da ação de trabalhadores e usuários, promovendo democratização da gestão e controle social participativo (BENEVIDES e PASSOS, 2005b). Segundo Pasche (2009, p. 65-66),

“[...] não se trata de humanizar o humano, senão de enfrentar e lidar com relações de poder, de trabalho e de afeto - estas sim produtoras de práticas desumanizadas”.

A PNH é uma política transversal, com princípios e diretrizes que orientam as ações nas diversas instâncias do SUS; deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde que o constituem. Desta forma, é identificada como uma maneira de qualificar a atenção e a gestão em saúde no SUS, estabelecendo-se como uma construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas (BRASIL, 2004)

A PNH compreende a Atenção Básica (AB) como espaço significativo para a qualificação do SUS como política pública (BRASIL, 2010b), devido ao fato de esta favorecer a produção de vínculo terapêuticos (entre os sistema/equipes e usuários/redes sociais), propondo o exercício do método - inclusão dos sujeitos para a produção do comum (PASCHE, 2010b). Tendo em vista que a Saúde da Família configura-se como a principal Estratégia do Ministério da Saúde (MS) para ampliação e qualificação da AB (BRASIL, 2012), este estudo tem como objetivo identificar e analisar o conhecimento dos trabalhadores de saúde das Estratégias de Saúde da Família (ESF) sobre a PNH.



## 2 METODOLOGIA

Este artigo é originado da pesquisa intitulada “IDENTIFICAÇÃO E POSSIBILIDADES DE CUIDADO AMPLIADO NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE X”, autorizada pela Secretaria de Município da Saúde (SMS) e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria sob parecer consubstanciado do CEP n.º1.099.207.

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, envolvendo trabalhadores de saúde. Vale ressaltar que a abordagem qualitativa é compatível com o âmbito da investigação social e da saúde, possibilitando contato com as dimensões simbólicas, demandando compreensão, análises e avaliações de impacto mais aprofundados (STRAUSS e CORBINS, 2008).

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais que atuavam nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Maria. Foram incluídos os profissionais médicos do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e do Programa Mais Médicos, os profissionais residentes em saúde do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde com ênfase/área de concentração em AB/ESF. O convite foi realizado por meio de contato telefônico ou pessoalmente com um representante da equipe que agendava a visita das pesquisadoras à unidade/serviço e repassava o convite aos demais componentes da equipe.

Para obtenção dos dados foi utilizado o método de entrevista individual semiestruturada (Apêndice 1), sendo que, este estudo, destaca as seguintes questões: 1) O que você conhece sobre a Política Nacional de Humanização? 2) Quais as facilidades e dificuldades cotidianas enfrentadas para o exercício da PNH nas atribuições da AB?

Os dados foram coletados em 12 unidades de ESF (14 equipes, duas unidades com equipes duplas). Uma unidade foi excluída do estudo por ser campo de atuação das pesquisadoras.

A população de estudo era composta de 126 trabalhadores (Tabela 1) entre agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares em saúde bucal (ASB), cirurgiões dentistas (CD), enfermeiros, médicos, residentes de um Programa Multiprofissional e técnicos de enfermagem, 23 não aceitaram participar da pesquisa e 25 foram

excluídos por razões de desvio de função ou afastamento. Participaram do estudo 78 profissionais (Tabela 2).

Tabela 1. Amostra inicial, quantos participaram e quantos não participaram da pesquisa

Cargo	Participaram	Não Participaram	Profissionais por Área
ACS	32	35	67
ASB	2	1	3
Cirurgião-Dentista	3	1	4
Enfermeiro	11	3	14
Médico	10	3	13
Residente	9	2	11
Técnico de Enfermagem	11	3	14
	<b>Total Participantes</b>	<b>Total Não participantes</b>	<b>Total Profissionais</b>
	78	48	126

Tabela 2. Motivos da não participação na pesquisa

Cargo	Negou	Férias	Afastamento/ Laudo/ Atestado/ Licença	Desvio de Função
ACS	17	4	10	4
ASB	-	-	1	-
Cirurgião-Dentista	1	-	-	-
Enfermeiro	-	2	1	-
Médico	2	-	1	-
Residente	-	2	-	-
Técnico de Enfermagem	3	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>
	23	8	13	4

As entrevistas foram realizadas entre junho e agosto de 2015, nas Unidades de Estratégia Saúde da Família, com encontros previamente agendados de acordo com a disponibilidade dos profissionais.

Inicialmente foram apresentados o documento de Autorização Institucional (Secretaria de Município da Saúde), os objetivos, metodologia, riscos e benefícios

da pesquisa e, em seguida, solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2).

Os dados foram gravados em formato digital e posteriormente transcritos ortograficamente em sua totalidade pelas pesquisadoras concomitantemente ao período da coleta de dados.

A análise dos dados se deu por meio da Análise Textual Discursiva seguindo as etapas: 1) desmontagem dos textos; 2) estabelecimento de relações; 3) captação do novo emergente para manter um processo auto organizado. Esse método de análise constitui um ciclo que sinaliza uma movimentação emergente de novas concepções baseadas na auto-organização, refletindo os fenômenos investigados, possibilitando uma comunicação exaustiva entre os dados, concebendo as compreensões dos mesmos (MORAES e GALIAZZI, 2011). Após a análise, os dados foram classificados e agrupados de acordo com seus significados em duas categorias principais e seis subcategorias:

1. Conhecimento dos trabalhadores acerca da PNH (Conhece a política; Ouviu falar sobre humanização e/ou refere prática relacionadas à humanização; Conhece a política, mas não refere práticas relacionadas à humanização; e, Não conhece o assunto),
2. Exercício da humanização (Facilidades; Dificuldades).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 1. Conhecimento dos trabalhadores acerca da PNH

##### 1.1 Conhece a política

Acerca do conhecimento dos trabalhadores sobre a Política Nacional de Humanização, destacaram-se os residentes não médicos e os egressos de Programas de Residência Multiprofissional, como pode ser observado nos seguintes extratos de discurso:

“Conheço porque estudei bastante ela quando fazia Residência em Saúde da Família. [...] é uma política que vê como, quando o paciente chega na unidade, deve ser tratado, de acolher o paciente, de enxergar além do usuário, ver todo o contexto que ele vive, mais ou menos isso.” (E 13)

“Na verdade, a Política de Humanização é uma política transversal né? [...] transpassa as outras políticas também. [...] humanização pro paciente também, mas também para o trabalhador [...] também vem nesse sentido para tentar tornar mais acolhedor o serviço.” (E 39)

“[...] eu também fui aluno da Residência [...] A política traz alguns dispositivos, né? Que a gente tem buscado trabalhar no cotidiano do serviço de saúde, né? Que é o acolhimento, Clínica Ampliada, né? Projeto Terapêutico Singular, a gente tem buscado trabalhar nessa lógica [...]” (E 43)

Nesses relatos pode-se constatar a percepção da humanização como política pública de saúde, transversal, que trabalha com um conjunto de princípios e diretrizes os quais norteiam o modo de agir que a PNH propõe. Pode-se verificar referência às diretrizes da Política - Acolhimento, Clínica Ampliada e Compartilhada, Ambiência e Valorização do Trabalhador da Saúde (BENEVIDES e PASSOS, 2005a; BRASIL, 2004; GOULART e CHIARI, 2010; PASCHE, 2009).

A PNH, na fala destes profissionais, aparece como movimento para reorganização dos serviços, renovações das práticas e do processo de trabalho para qualificação do SUS; entendem-na, tal como previsto, como uma política com foco não apenas no usuário, mas incluindo o profissional de saúde (PUCCINI e CECÍLIO, 2004; REBELLO e RODRIGUES NETO, 2012).

Além dos profissionais relacionados à Residência Multiprofissional, houve relatos de conhecimento da PNH a partir da leitura dos manuais do MS e da participação em Seminários de Humanização promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

“Eu conheço a legislação [...] os manuais do Ministério [...] é isso aí que eu conheço [...] O acolhimento, o recebimento do paciente [...] O trabalho em equipe [...] o vínculo.” (E 17)

“Já ouvi falar, desde meados de 2008 ou 2009 [...] Principalmente nos princípios, né? E na questão da resolutividade e acolhimento. Trazer mais próximo o paciente do atendimento de saúde, não só fazer aquele negócio automático [...].” (E 71)

No discurso dos profissionais, além de observar a humanização como orientação do MS, com diretrizes como acolhimento e clínica ampliada, percebe-se a valorização das inter-relações, ou seja, da relação com outro.

A transversalização da PNH requer espaço para todos os envolvidos nas ações, caracterizando uma construção coletiva, tendo destaque à relação - entre profissionais da saúde e usuários. Esta relação ultrapassa o ambiente relacional de individualismos com individualismos para o ambiente relacional de sujeitos sociais com sujeitos sociais. (GOULART e CHIARI, 2010; PUCCINI e CECÍLIO, 2004)

Esta percepção está de acordo com Merhy (1998) que afirma que toda a assistência de um trabalhador da saúde frente a um usuário produz relações, pois onde há o encontro entre duas pessoas há criação de expectativas, de momentos de fala e de escuta, produção de responsabilização, confiabilidade, sendo estes momentos, os responsáveis pela produção de vínculo e aceitação.

## **1.2 Ouviu falar sobre humanização e/ou refere prática relacionadas a humanização**

Grande parte dos profissionais ao ser questionada sobre a PNH referiam já ter tido contato com a política por meio de capacitações, reuniões.

“[...] participamos do HumanizaSUS, né? E teve algumas palestras [...]. O que nos passaram é que trata da equidade, da questão da atenção básica, do nosso comprometimento com a comunidade, com o vínculo né? [...]” (E 2)

“A gente já teve cursos, já teve palestras [...] A proposta é [...] é assim um atendimento diferenciado, bem completo, né? A pessoa num todo [...] mais atenção.” (E16)

“[...] Já ouvi falar [...] Quando a gente entrou aqui, essa política que o ministério traz a respeito do acolhimento, de como atender melhor a população [...] daí entra o acolhimento [...] Ao meu ver, visa como atender melhor os usuários, né? E, também, na organização da unidade também.” (E 55)

Aqui se percebe a importância de investir na formação dos trabalhadores; esses processos serão efetivos se estiverem diretamente relacionados com os processos de trabalho nos serviços de saúde, seus trabalhadores e usuários, levando em conta o cotidiano dos serviços de saúde, suas relações com os modos de fazer a atenção e a gestão, para que seja possível o enfrentamento aos desafios de concretização do SUS (HECKERT e NEVES, 2007).

A PNH tem como um de seus princípios norteadores a utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004). O processo de formação não deve limitar-se a capacitações dirigidas aos profissionais, mas deve contemplar um investimento sério, inclusive desde a graduação (DESLANDES, 2004).

Alguns profissionais relataram não conhecer a PNH, mas referiram humanização do pré-natal, Rede Cegonha, HumanizaSUS.

“[...] a política de humanização ao pré-natal é uma que se formou no ano 2000 [...]também a Rede Cegonha” (E 8)

“Nós tivemos humanização em saúde, não sei se é a mesma coisa!” (E 30)

“Política não sei. Sei o que é humanização, mas... alguma coisa específica sobre a política, nunca procurei.” (E 40)

“[...] A gente fala em humanização. Lembro de parto humanizado [...]” (E 52)

“Tenho visto assim o parto humanizado, a humanização no atendimento, a questão do acolhimento [...] não sei se é em relação a isso ? [...] não estou familiarizado com a política; nunca li nada assim a respeito, mas eu acredito que seja a respeito disso, né?.” (E 54)

De acordo com Puccini e Cecílio (2004), nos serviços de saúde, a humanização se traduz em diferentes proposições. Nestas falas é possível perceber a de forma fragmentada, não consolidada como política pública e transversal.

Outros ainda, quando questionados sobre a política, alegaram não conhecer, sendo necessária a intervenção do pesquisador, modificando a pergunta, questionando acerca da humanização e não mais da política.

“[...] Pelo que eu ouvi falar, assim, seria como tu atender o paciente como um todo, né? Não visando apenas a queixa que ele vem, enxergar ele como um todo. É isso aí que eu entendo.” (E 14)

“[...] Bom, acredito que seja... essa coisa de tratar, de acolher os pacientes [...]”. (E 22)

“[...] O que eu entendo de humanização ... A pessoa como um todo, com problemas, com as aflições delas, físicas ou psicológicas. [...] Não ter uma relação vertical profissional-usuário, uma coisa mais horizontal, mais humanizada pra pessoa. [...] Tentar fazer que ela se sinta bem no ambiente, tu acolher ela mais do que ela ficar com receio de vir aqui. Tentar tratar bem, é o que eu entendo por humanização.” (E 36)

Assim como concluíram Garcia et al. (2010) em pesquisa realizada com usuários, profissionais e gestores, a humanização aparece, neste estudo, relacionada ao respeito solidariedade, ao acolhimento, colocar-se no lugar do outro e visualiza-lo como um todo.

### **1.3 Conhece a política, mas não refere práticas relacionadas à humanização**

Apesar de alguns entrevistados afirmarem conhecer a política, não foi possível identificar em seus extratos de discurso a sua percepção sobre o tema; situação que pode ser visualizada nos seguintes trechos:

“É... humanização é como a palavra diz, fala de algo mais humano. Algo de ver a pessoa como uma pessoa.[...].”( E 8);

“[...] Política nacional de humanização, nacional para os seres humanos [...] pros pacientes, pro SUS, trabalho do SUS, né [...]” (E 23)

“(...) Cuidado com o paciente, ao cuidado com a pessoa.” (E 46);

“Ah, é mais a humanização do profissional com o usuário, né?” (E 58);

[...] Tratamento mais humanitário para todas as pessoas que usam o SUS.” (E 66).

### **1.4 Não conhece o assunto**

Além dos casos exemplificados acima, ocorreram entrevistas em que os trabalhadores relatam não ter nenhum conhecimento sobre PNH, humanização, humanizaSUS.

“[...] a gente não tem muito conhecimento sobre isso.” (E 31);

“Quase nada assim, pra ser sincera (...) acho que é ESF tem a ver, né também com isso, mas não sei bem o que que ela significa.” (E 41);

“Não, é assim, pelo título que você pergunta eu não sei [...] não conheço assim bem o que significa, não tenho conhecimento.” (E 57);

“Ai eu não lembro. [...] não sei te responder assim.”(E 61).

Assim como na experiência apresentada por Salgado *et al.* (2010), neste estudo, foi possível perceber que ainda é necessária a apropriação dos referenciais da PNH como política pública de saúde, de maneira a promover o protagonismo e a responsabilização dos trabalhadores do SUS.

## **2. Exercício da humanização**

A partir da percepção dos entrevistados acerca da humanização, buscou-se identificar as facilidades e dificuldades enfrentadas no exercício da humanização.

### **2.1 Dificuldades**

Diversas foram as dificuldades apontadas pelos trabalhadores, podendo ser resumidas nos seguintes itens: demanda excessiva, falta de profissionais, falta de continuidade do cuidado, falta de recursos (medicação e transporte), inadequada estrutura física, gestão (Secretaria de Município da Saúde), dificuldade para o trabalho em equipe, dificuldade na relação com o usuário e, não encontra dificuldade.

“A demanda, que é muito grande. E a falta de pessoal. São as duas coisas mais importantes.” (E 11)

“[...] Poucos recursos humanos em toda a área da saúde isso é um grande, uma grande dificuldade (...) pouca oferta de serviços prá muita demanda, então fica muito difícil fazer essa humanização (...)”. (E25)

“[...] Aqui na nossa ESF [...] nós temos duas áreas [...] mas se tu contar direitinho são quatro áreas né, então não tem como fazer um tratamento humanizado pra todas essas pessoas.” ( E 66)

A dificuldade citada com maior frequência foi a demanda excessiva, causada pelo excesso de pessoas pelo qual uma equipe de ESF é responsável. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) aponta que cada equipe de ESF deve ser



responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição (BRASIL, 2012)

A AB tem sua expansão e qualificação organizadas por meio da ESF; desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais as equipes assumem a responsabilidade sanitária. Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2012). Este modelo assistencial centrado no usuário é dependente de tecnologias leves, tendo como resultado o compromisso com a tarefa de “acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar.” (MERHY, 1998)

A relação entre a equipe e a população de referência é baseada na contratação de responsabilidades pelo cuidado integral, que entre outros significa: 1) ação longitudinal, de seguimento, que requer 2) a construção de vínculo e corresponsabilização, bem como 3) o uso de tecnologias de trabalho como projetos terapêuticos singulares, interconsultas, grupos de discussão, entre outros. (PASCHE, 2010)

Quando não se tem a população adstrita e uma equipe de saúde é referência para um número muito grande de pessoas, há sobrecarga dos profissionais, dificuldade de criação de vínculo e na organização do processo de trabalho das equipes, redução da resolubilidade com consequentes problemas de relacionamento com os usuários.

Outra questão apontada com frequência, pelos sujeitos deste estudo, foi a falta de profissionais, principalmente os especialistas da atenção secundária, sendo dificultosa a realização de encaminhamentos (algumas vezes são muito demorados, outras inexistentes no município, ficando os profissionais da AB sem alternativa, o que prejudica a integralidade, a continuidade do cuidado e a resolução de diversas situações) e ausência de contra referência.

“Dificuldades quando tem entraves burocráticos [...] ou tu tem que lidar com situações que tu não consegue mandar pra frente por alguma falha do serviço [...], por exemplo [...] um paciente que tu precisa encaminhar pra um determinado serviço e aí tu não consegue porque não tem oferta daquele serviço [....].” ( E 3)

“Com os outros níveis, assim, eu acho bem, a referência e contra-referência é a dificuldade, que, às vezes tu faz só a referência e fica sem a contra, então, eu acho bem complicado assim... a comunicação da rede [...]”. ( E 27)

“A dificuldade é a falta de profissionais especialistas, né? Eu acho que a gente não consegue dar resolubilidade pras ações que a gente desenvolve [...] faz o primeiro atendimento só que o andamento das coisas acaba empacando nisso aí, né?” (E 28)

De acordo com a PNAB, a AB deve atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, sendo responsável pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde. Esta política aponta ainda como necessária à realização das ações de atenção básica nos municípios a garantia pela gestão municipal de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial e de fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012).

A PNH traz como umas das diretrizes para a AB a busca, quando necessário, de apoio da rede na qual está inserida, tendo como objetivo a integralidade do cuidado. Para garantir isto, a PNH reforça a realização da referência e contra-referência (BRASIL, 2004).

Além da falta do profissional especialista, foi relatado que as equipes estão incompletas em algumas unidades, com número insuficiente de ACS e ausência de recepcionista. A falta de ACS e, conseqüentemente, a existência de áreas descobertas mostrou-se como uma dificuldade para os entrevistados; o conhecimento e vínculo com a comunidade ficam prejudicados, pois este trabalhador é o principal responsável por desenvolver ações de integração entre a equipe de saúde e a população adstrita, estando em contato permanente com as famílias (BRASIL, 2012). Já a falta de recepcionista mostrou-se como uma situação difícil de coordenar; pois acaba gerando sobrecarga e desvio de função dos diferentes trabalhadores da unidade. O seguinte extrato de discurso expressa bem essa dificuldade:

“Mais no sentido de falta de recursos humanos e a o excesso de população que a gente tem... assim... a gente tem quase três vezes mais população do que deveria, então, no caso, como o acolhimento, uma coisa é os agendados, né?... que tu organiza, então, tu dá conta. O acolhimento, ele é livre, né? Então, o acolhimento, ele também é três vezes maior do que deveria ser, né? Então, isso é uma dificuldade que a gente tem, assim. A gente não tem recepcionista, né? Então, tem uma das minhas agentes comunitárias que tá na recepção, então, diminui o número de agentes comunitários na rua, né? Porque eles, os agentes comunitários na rua, eles conseguem esclarecer muita coisa que, as vezes, o acolhimento, vem no acolhimento, né? Então, se a gente tem mais agentes comunitários

próximos da população alguma coisa as vezes não teria pro acolhimento, né? Então, gera um acolhimento muito maior do que a gente... gente dá conta, né..., mas sobrecarrega um pouco, né?.” (E4)

A falta de estrutura física e de recursos como medicação e transporte foi apontada pelos trabalhadores como dificuldades do trabalho humanizado, impossibilitando a resolubilidade.

“Ah, as condições de trabalho, né? Olha... A nossa estrutura aqui é terrível. Há... a gente não tem condições de trabalho, a gente não tem a equipe mínima, a gente... excesso de demanda [...]” (E 17)

“Várias, várias dificuldades, tanto de acesso a recursos especializados, médicos especializados, acesso de medicação (...) nem sempre a secretaria tem disponível automóvel ou, enfim, meios de transporte [...] para fazer a VD [...], própria questão de verbas, enfim.” (E 22)

A humanização não tem como foco apenas o usuário, inclui o profissional de saúde, envolvendo-se com a saúde do trabalhador (REBELLO e RODRIGUES NETO, 2012). De acordo com Casate e Corrêa (2005), é fundamental para a humanização do atendimento, o trabalhador de saúde; por isso, devem ser implementadas ações de investimento em número suficiente de recursos humanos, salários e condições de trabalho adequadas, bem como atividades educativas que permitam o desenvolvimento de competência para o cuidar. Assim como no estudo realizado por Garcia et al. (2010), a garantia de condições de trabalho, de um número suficiente de profissionais para atender a demanda, foram considerados essenciais para o exercício da humanização.

A relação entre os diversos sujeitos implicados na produção de saúde também foi apontada como uma dificuldade.

“Todo mundo é cobrado no seu serviço [...] só que daí no momento de reconhecerem [...] a gestão, no momento de reconhecerem o que é direito dos trabalhadores [...] essas coisas dão uma chateada na gente.” (E 64)

“A equipe, a maior dificuldade é a equipe, né? Porque se a equipe não trabalhar junto e todos falarem a mesma linguagem não tem como querer tu fazer o trabalho [...]” (E 78)

“[...] eu acho que quando a pessoa vem com sete pedras na mão, tu acaba que ... tu também se protege [...], as vezes é difícil nesse sentido[...] quando ela já te vem com essa postura.” (E35)

Assim como no estudo realizado com os trabalhadores da saúde por Bernardi (2010), além da falta de profissionais, as dificuldades de comunicação, a falta de

reconhecimento e a difícil relação com os colegas foram considerados fatores que geram sofrimento. O trabalho não deve ser fonte de sofrimento, mas sim de prazer e satisfação, para que isso ocorra são necessárias mudanças nos próprios trabalhadores, no ambiente de trabalho e também nas relações interpessoais (AMESTOY, SCHWARTZ e THOFEHRN, 2006).

Para alcançar seu objetivo fundamental de resgatar as relações entre trabalhadores de saúde e usuário, dos trabalhadores entre si, da instituição com os trabalhadores, a humanização considera e valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (OLIVEIRA, COLLET e VIERA, 2006). Constituindo-se, de acordo com Reis, Marazina e Gallo (2004, p.43), como “um instrumento de transferência de um poder centralizado,[...] para um poder compartilhado [...]”.

O processo de gestão transversalizado proposto pela PNH requer espaço para a discussão e apresentação de proposições por todos os atores envolvidos para a tomada de decisão, gestão e implementação de ações nos serviços de saúde (GOULART e CHIARI, 2010).

Poucos entrevistados relataram não encontrar dificuldades.

## 2.2 Facilidades

As facilidades apontadas para o exercício da humanização podem ser resumidas nos seguintes itens: vínculo, relação com a população/comunidade, população adstrita, acolhimento, trabalho em equipe, residência multiprofissional, gostar do que faz. Assim como nas dificuldades, esses itens também se relacionam entre si.

As facilidades apontadas com mais frequência estão relacionadas à questão do vínculo e proximidade com a população. Como pode ser percebido nas seguintes falas:

“[...] A gente está sempre na comunidade; a gente procura inserir algumas coisas. né? E... tentar trazer a comunidade pra perto da unidade [...].” (E 6)

“A facilidade [...] a gente termina criando vínculo, né? Não é só, ou seja, não é só o de profissional – paciente [...], a gente já cria certos laços mais de confiança, isso permite também que os pacientes possam seguir as nossas orientações ... mais certinho, né? Dando melhor resultado no final.” (E 25)

“Facilidade que eu vejo, é a nossa população! Ela tem um perfil, ela é uma população não é muito extensa, e não são muitas pessoas, então a gente

acaba conhecendo o usuário, então, a maioria a gente acaba conhecendo, tu vê e tu já sabe pelo nome.” (E36)

“As facilidades [...] É[...] nós estamos dentro de uma atenção básica, né?Então, a princípio, a gente tem mais possibilidades de atender como um todo mesmo o paciente ... fazer um acompanhamento, e poder descobrir coisas que talvez não fossem descobertas em outros locais de atendimento.”( E 63)

As Equipes de Saúde da Família por meio da adstrição de clientela estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e com a comunidade. (GUEDES, PITOMBO e BARROS, 2009). Este processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes configura a equipe como referência para o cuidado com o usuário. O vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL 2012).

O acolhimento também aparece com frequência sendo do relacionado à melhoria dos processos dentro da unidade. Surge tanto na definição de humanização quanto facilitando o exercício da mesma, o que aumenta a satisfação da população e resulta em maior vínculo e boa relação com a comunidade.

Tal fato pode ser devido a estar ocorrendo no município, há aproximadamente um ano, um movimento para implementação do acolhimento em todas as unidades de saúde, estando os profissionais familiarizados com esta prática e visualizando as mudanças já ocorridas a partir deste processo.

“Já melhorou bastante [...] através do acolhimento também que foi implantado aqui na cidade; eu acho que já ajudou a gente a escutar mais o paciente [...].”( E 13)

Assim como pode ser percebido no estudo de Rebello e Rodrigues Neto (2012), no qual a humanização da assistência ao parto foi associada ao acolhimento, este é percebido pelos trabalhadores como uma maneira de fornecer informações aos usuários, prestar atenção às necessidades individuais e melhorar a relação profissional-paciente.

O acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário

com sua rede socioafetiva. Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, é a escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, garantindo o acesso dos usuários às tecnologias adequadas a sua necessidade, tornando as práticas de saúde mais (BRASIL, 2004).

A relação entre os trabalhadores exercida por meio do trabalho em equipe também apareceu como uma facilidade.

“[...] Trabalhar não só com a comunidade, mas que também tem a equipe, uma a rede que trabalha.” (E 7)

“Olha, eu julgo que a gente tem uma equipe muito boa, eu acho que isso é uma facilidade e que nos ajuda, né? A gente discute, a gente traz os problemas, né? ” (E 64)

Rebello e Rodrigues Neto (2012, p. 194) afirmam que: “A partir do momento em que existe uma equipe, existe a possibilidade de trabalhar junto, em cooperação, em prol do bem comum: a saúde do usuário e do trabalhador, a satisfação do usuário e do trabalhador”.

O trabalho em equipe pode contribuir para o crescimento dos profissionais entre si, tanto no que diz respeito ao conhecimento, quanto em relação às práticas em saúde, deste modo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta no trabalho coletivo, na formação em redes, na relação existente entre a transformação das práticas e na transformação das relações estabelecidas entre sujeitos e grupos (mudança de atitudes/subjetividades) (HOEPFNER, 2010).

O fato de estar satisfeito com o trabalho e gostar do que faz foi notado como uma facilidade de realizar o cuidado humanizado. A satisfação do trabalho está relacionada diretamente com as condições que o trabalhador encontra para exercer sua função. Profissionais insatisfeitos com sua condição de trabalho, remuneração e participação na gestão dos serviços, com sobrecarga causada pela falta de profissionais, dificilmente estarão dispostos a refletir e a praticar a humanização no cuidado com o outro (GARCIA *et al.*, 2010).

De acordo com Oliveira, Collet e Viera (2006, p. 282) “Não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem”.

Alguns profissionais citaram a atuação dos profissionais do Programa de Residência Multiprofissional como facilitadora, no sentido de dar mais resolubilidade ao serviço.

“[...] Eu gosto do que eu faço, eu adoro o que eu faço [...] trabalhar com uma equipe comprometida [...] ter uma estrutura física adequada, sem dúvida, ajuda bastante, assim... O fato de ter Residência também, porque dá mais resolutividade para o serviço; eu acho que isso são coisas que facilitam”. (E3)

“[...] O que facilita é essa visão multidisciplinar, né? [...] que daí tu consegue trabalhar com vários dispositivos de uma maneira que englobe vários núcleos, daí, tu consegue alcançar mais objetivos fazendo uma ação [...]”. (E68)

Em alguns relatos acerca da facilidade para o exercício da PNH, houve a percepção da humanização como algo natural, dependendo de cada pessoa, como características próprias de cada trabalhador.

“Facilidade depende muito do profissional que lida com as pessoas, né? [...] tem que ter vocação também pra isso [...]”. (E 28)

Esta personalização da humanização vai de encontro ao que a PNH preconiza. Não há dúvidas de que os profissionais são elementos importantes para implementação desta política, porém ações mais ou menos humanizadas não dependem de suas personalidades. A humanização no cuidado, de acordo com a PNH, configura-se como direito de todos que participam do processo de saúde, e não como uma condição de favor, expressão de boa vontade e bondade dos profissionais da saúde. (SILVA, CHERNICHARO e FERREIRA, 2011)

Poucos profissionais relataram não haver facilidades.

## 4 CONCLUSÃO

Ao identificar e analisar o conhecimento dos trabalhadores de saúde das ESF sobre a PNH constatou-se que a maioria dos entrevistados relatou conhecer a PNH ou referiu práticas relacionadas à humanização. Apesar disso, observou-se a necessidade de se trabalhar a PNH como uma política com diretrizes e princípios, para que a humanização não corra o risco de fragmentação ou até banalização, sendo relacionada à boa vontade e não sendo vista como maneira de garantir o direito a saúde.

Identificou-se a importância da ESF trabalhar com população adstrita e equipe completa, pois a não ocorrência destes fatores desencadeia inúmeras dificuldades no processo de trabalho, dificultando desta forma o exercício da humanização.

Este estudo evidenciou a importância de a gestão da SMS disparar processos visando à qualificação do cuidado no município com um todo, pois os trabalhadores respondem a este movimento implementando e reconhecendo as melhorias no processo de trabalho.



## REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFERN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 444–449, dez. 2006.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389–394, ago. 2005a.

\_\_\_\_\_. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561–571, set. 2005b.

BERNARDI, S. **Entrelaçando o SUS, a PNH e a Saúde do Trabalhador**. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010(b). 256 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110p.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105–111, fev. 2005.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7–14, 2004.

GARCIA, A. V. *et al.* **Humanizar o humano: bases para a compreensão da proposição de humanização na assistência à saúde.** *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 2009. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/40>>. Acesso em: 16 dez. 2015

\_\_\_\_\_. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 811–834, 2010.

GOULART, B. N. G. DE; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255–268, jan. 2010.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. DE. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1087–1109, 2009.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. E. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. In: MATTOS, R. A.; BARROS, M.E.B.; PINHEIRO, R. (Org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/UERJABRASCO, 2007, v. 1, p. 145-160

HOEPFNER, Ângela Maria Silva. **A Clínica do Sofrimento Ético-Político como uma Proposta de Intervenção na Clínica Ampliada e Compartilhada.** Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 256 p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS C. R. et al. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte reescrevendo o público*. São Paulo: Xama, 1998. p. 103-120

MORAES, R.; GALIAZZI, M. do C. *Análise textual discursiva*. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2011. 224p.

OLIVEIRA, B. R. G. DE; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277–284, abr. 2006.

PASCHE, Dário Frederico. **Humanizar a formação para humanizar o SUS.** Texto apresentado no 1º Seminário Nacional do Pró-Saúde II. Brasília, 2009. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242p.

\_\_\_\_. **Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica.** Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.

PUCCINI, P. DE T.; CECÍLIO, L. C. DE O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1342–1353, out. 2004.

REBELLO, M. T. M. P.; RODRIGUES NETO, J. F. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 188–197, jun. 2012.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36–43, dez. 2004.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 253–261, jun. 2009.

SALGADO, A.C.S et al. **Saúde e humanização na região Norte: perspectivas e desafios do processo de formação no Estado do Pará** Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

SILVA, F. D. DA; CHERNICHARO, I. DE M.; FERREIRA, M. DE A. Humanization and dehumanization: the dialectics expressed in speech by nursing teachers about the care itself. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 306–313, 2011.

STRAUSS, A., & CORBIN J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. Porto Alegre, Brasil: Artmed; 2008

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. DE. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 80–88, fev. 2004.

## APÊNDICE 1

### ENTREVISTA

Identificação:

Unidade de Saúde:

Data:

Iniciais do nome:

D/N

Profissão:

Cargo/função:

Regime de Trabalho:

Tempo de atuação no serviço:

#### **Questões Norteadoras**

- O que você conhece sobre a Política Nacional de Humanização (PNH)?
- Quais as facilidades e dificuldades cotidianas enfrentadas para o exercício da PNH nas atribuições da AB?
- O que você conhece das Redes de Atenção a Saúde (RAS)?
- Como está estabelecida a RAS em Santa Maria?
- Como a PNH pode interferir no itinerário dos usuários de saúde nas RAS?
- Quais as especificidades do cuidado realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da RAS?
- O que você conhece acerca dos dispositivos da PNH, especificadamente da Clínica Ampliada e do PTS?
- Quais desses dispositivos são usados na sua ESF e como são usados?
- Como a organização da rede de saúde contribui na prática dos dispositivos de Clínica Ampliada e PTS?
- Qual a colaboração de especialistas não médicos na elaboração e desenvolvimento do PTS (quando existente) e na inexistência – como você acha que especialidades não médicas (enfermagem, fisioterapia, odontologia e psicologia, entre outros) poderiam contribuir?

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** Identificação E Possibilidades De Cuidado Ampliado Na Atenção Básica Do Município De Santa Maria

**Pesquisadores:** Elenir Fedosse, Fonoaudióloga, Professora do Departamento de Fonoaudiologia, do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Elizane M. Gomes Pires, Enfermeira, residente do Programa de residência multiprofissional integrada em sistema público de saúde do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Jessica de Lima Vaz, Psicóloga, residente do Programa de residência multiprofissional integrada em sistema público de saúde do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Lauana Borges Pedroso, Cirurgiã-Dentista, residente do Programa de residência multiprofissional integrada em sistema público de saúde do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Naiára Casarin, Fisioterapeuta, residente do Programa de residência multiprofissional integrada em sistema público de saúde do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Esta pesquisa parte da consideração de que é necessário desenvolver práticas que favoreçam a emancipação de trabalhadores e usuários do sistema de saúde e, assim, produzir mudanças no cotidiano das equipes da ESF. Considera também que a realização de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e outros da Clínica Ampliada são formas de se alcançar tais mudanças e melhorar a atenção em saúde. Por isso, esta pesquisa tem como objetivo 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.

A metodologia desta pesquisa consiste na realização de uma entrevista gravada que será posteriormente transcritos para a análise, discussão e encaminhamento da atividade de intervenção – realização de um Fórum.

Este estudo pode trazer riscos mínimos (desconforto ou cansaço do participante durante a entrevista), se isso acontecer a entrevista poderá continuar em outro momento e/ou o participante poderá desistir de completá-la. O maior benefício será a organização e funcionamento do sistema local de saúde, visto que o conhecimento produzido auxiliará no fortalecimento das políticas públicas de saúde.

É garantido que o nome do participante será mantido em sigilo, assim como o caráter confidencial das informações relatadas. O participante poderá desistir de participar do estudo em qualquer momento, sendo seu consentimento retirado, sem que isso lhe acarrete danos ou prejuízos. A participação nesta pesquisa não terá custo, tampouco será remunerada. O participante poderá retirar qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho e 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) 91 51 0973; 84765156; 99320210; 99094494; 84236849 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFSM): Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar - Sala 702 Cidade Universitária - Bairro Camobi 97105-900 - Santa Maria - RS Tel.: (55)32209362 - e-mail: [comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br)

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

---

Assinatura

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do Pesquisador