

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Helga Marízia Soares

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: OLHAR DOS
GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

UBERABA-MG

2013

Helga Marízia Soares

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: OLHAR DOS
GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu – Mestrado em Atenção à Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem

Eixo Temático: Humanização na saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

UBERABA-MG

2013

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S654i Soares, Helga Marízia
Implementação da política nacional de humanização: olhar dos
gerentes da atenção primária à saúde / Helga Marízia Soares. – 2013.
118 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2013.
Orientadora: Pro^{fa} Dr^a Ana Lúcia de Assis Simões

1. Sistema Único de Saúde. 2. Humanização da assistência. 3.
Políticas públicas. 4. Avaliação em saúde. I. Simões, Ana Lúcia de.
Assis. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.39(81)

HELGA MARÍZIA SOARES

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: olhar dos
gerentes da atenção primária à saúde

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação Stricto Sensu – Mestrado
em Atenção à Saúde, como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre.

17 de dezembro de 2013

Banca Examinadora

Prof. a. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. ^a Dra. Ana Rita de Castro Trajano
Consultora do Ministério da Saúde da Política Nacional de Humanização

Prof. ^a Dra. Marta Regina Farinelli
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

A **DEUS** e à minha **MÃE PROTETORA**, por serem meu porto seguro e minha paz.

À minha **TIA CLEUSA MARLY** (*in memoriam*) e à minha **MÃE CLEIDE MARÍZIA**, dedico todas as minhas conquistas de vida. A vocês, minhas princesas, personificações do amor e da dedicação, todo meu amor e minha admiração.

Ao **JORGE BATISTA**, meu companheiro, em todos os sentidos.

"É FOI NAS ONDAS DO MAR QUE ENTREGUEI OS MEUS PROBLEMAS E APRENDI A CONFIAR QUE TODO MAL NÃO DURA PARA SEMPRE E QUE A PAZ É UMA SEMENTE QUE PRECISA SEMEAR "

Autor Desconhecido

Aos **AMIGOS: RUBIA RODRIGUES, VANESSA CARDOSO, FABIÓLA SILVEIRA, GRAZIELLE RICETO E ADRIANO ELIAS** pelo insubstituível carinho de vocês. Todos são essenciais e indispensáveis em minha vida. Amo muito cada um.

Aos **PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO CUIDADO DOMICILIAR DE MINHA MÃE**: às cuidadoras Pollyana e Simone, às fisioterapeutas Jacqueline e Fabiana, à fonoaudióloga Aline, aos médicos Guilherme Pardi e Jaime Olavo e, em especial, à minha querida amiga de infância e hoje médica de minha mãe também, Priscila Baccelli.

À **VIVIANE FERNANDA**, cuidadora, técnica de enfermagem, companheira, amiga e que, por muitas vezes, foi como uma mãe pra mim, ao me ensinar e auxiliar a construir um lar pautado em valores como a família, o amor e a compreensão.

Aos **AMIGOS E COLEGAS DA V TURMA DO MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE** pelo companheirismo e exemplos de vida. Juntos, formamos uma turma inesquecível.

Aos **PROFESSORES DO PPGAS**, pelo imensurável aprendizado, pela compreensão em meus momentos difíceis e pela acolhida carinhosa que eu recebi quando eu mais precisava.

À **SECRETÁRIA CIDINHA**, pelo carinho e atenção.

À **CAPES/REUNI**, pelo apoio financeiro à pesquisa e à **UFTM** por ser minha segunda casa.

À **FACTHUS**, por ter me possibilitado iniciar na docência e contribuir para a solidificação de minha vontade de ser mestre. Agradeço especialmente aos **PROFESSORES MARA ROSA E GETÚLIO FREITAS**, que hoje são amigos de quem gosto muito, pelo exemplo e ensinamentos.

Aos **AMIGOS DA CLINICASSI UBERABA**, pelo exemplo profissional e pela acolhida. Nosso período de convívio foi pequeno, porém marcante.

À **NURSING CENTER**, pela confiança em meu trabalho e por contribuir muito para o meu crescimento profissional.

A **TODOS OS MEUS ALUNOS E EX-ALUNOS**, por serem os grandes motivadores do meu crescimento. Agradeço pelas palavras, apoio e carinho.

AGRADECIMENTOS

Nunca pensei que fosse tão difícil agradecer às pessoas, mental e verbalmente é uma das palavras que nós mais dissemos: “obrigada”. Escrever os agradecimentos às pessoas que me ajudaram a vencer uma etapa tão importante e turbulenta da sua vida é uma tarefa difícil, até mais difícil do que escrever a própria dissertação. Colocar no papel as palavras certas para agradecer às pessoas mais importantes da minha vida me faz recordar tudo que vivi, porque, com certeza, para concluir este trabalho hoje, precisei do que aprendi em cada dia até agora.

Sou grata a **DEUS** e à **MINHA MÃE** pela força que, inexplicavelmente, vocês me deram a cada dia desses últimos dois anos, pelos caminhos abertos e por serem uma presença tão constantes em minha vida.

À minha **TIA CLEUSA MARLY** (in memoriam), pelo exemplo de vida e de caráter. Agradeço todos os dias pelos 17 anos que vivi ao seu lado como uma filha, por ter tido a oportunidade de aprender muito com você. Sinto muito sua falta.

À minha **MÃE CLEIDE MARÍZIA**. Hoje tento retribuir um pouco de toda sua dedicação para me dar o melhor estudo e os melhores exemplos, cuidando de você com o mesmo amor que você sempre teve por mim. Com certeza passamos por dificuldades sempre, mas esses últimos dois anos foram um desafio à parte: seu adoecimento, as sequelas motoras e de falas e todo o processo de cuidado que planejo para você. Lutas diárias com recompensas momentâneas (um sorriso, uma careta ou um olhar afetuoso) que fazem todo o esforço valer a pena. Te Adoro.

Ao **JORGE**, muito mais que um noivo, um companheiro de quase sete anos unidos pelo afeto. Crescemos muito juntos e tentamos sempre nos dedicar ao máximo para que nossa relação dê certo. É isso que torna nossa união cada vez mais sólida. Te Amo.

À minha **ORIENTADORA ANA LÚCIA**, que me acompanha desde minha graduação. Não tem como esquecer todos os momentos que convivemos, não só como orientadora e orientanda, seja de iniciação científica ou do mestrado, mas como uma “mãe” que sabia exatamente a hora exata para me acolher fraternalmente e me dizer as palavras perfeitas para me confortar. Exemplo de pessoa e de profissional que levarei comigo sempre.

Aos **PROFESSORES, MEMBROS DA BANCA DE QUALIFICAÇÃO E DE DEFESA**, pelas riquíssimas correções e sugestões. O carinho e a atenção dedicados a este trabalho contribuíram muito para que ele fosse construído.

À **PREFEITURA DE UBERABA**, por autorizar a coleta desta pesquisa.

A **TODOS OS PARTICIPANTES** que aceitaram participar desta pesquisa, pelo tempo disponibilizado e pela riquíssima contribuição.

E a **TODOS** que, de alguma maneira, contribuíram para que eu conseguisse alcançar este objetivo.

MUITO OBRIGADA!

“A PRECE MAIOR SE ENCONTRA ONDE HÁ ESPERANÇA, ONDE MORA A PALAVRA AMOR. A PRECE MAIOR SE ENCONTRA ONDE HÁ RECOMEÇOS, ONDE HÁ DIAS RECHEADOS DE PACIÊNCIA E TOLERÂNCIA. ONDE HÁ UMA HISTÓRIA COMPRIDA COM GENTE BONITA MORANDO DENTRO. A PRECE MAIOR SE ENCONTRA NO QUE NÃO SE ACABA, NO QUE PERMANECE, APESAR DOS PESARES TODOS.

A PRECE MAIOR É SER FELIZ POR NADA. É AGRADECER POR TÃO POUCO. É AMAR ATÉ QUEM NÃO NOS AMA. É RESPEITAR OS LIMITES, OS MEDOS, AS DIFERENÇAS. É PERDOAR AS OFENSAS, OS ERROS, OS ESPINHOS. É TER OS OLHOS VOLTADOS PARA O SOL. É TER O CORAÇÃO TRANQUILO. É LEVAR UMA SEMENTE DE ESPERANÇA ONDE A FLOR DA VIDA JÁ SECOU FAZ TEMPO.

A PRECE MAIOR A GENTE NÃO FAZ AJOELHADO, A GENTE FAZ É SORRINDO.”

CRIS CARVALHO

RESUMO

SOARES, Helga Marízia. **Implementação da Política Nacional de Humanização: olhar dos gerentes da atenção primária à saúde**. 2013. 118 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2013.

Criada no ano de 2003 para colaborar com a reorganização do atendimento à saúde no Brasil, a Política Nacional de Humanização prevê a incorporação de conceitos novos ou já preexistentes às práticas tradicionais em saúde, muitos até então não inseridos nas rotinas dos serviços. A ampliação na compreensão do conceito de humanização, advinda dessa Política, também propiciou o debate acerca dos modelos vigentes de atenção e gestão na saúde e instigou a produção científica a respeito do assunto. Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender e descrever o contexto da implantação/implementação da Política Nacional de Humanização, na atenção primária à saúde, sob a ótica dos gerentes das Unidades de Saúde. Trata-se de um estudo quantiquantitativo, transversal, exploratório e desenvolvido sob a forma de Estudo de Caso simples. Foi realizado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, com a participação de 18 gerentes de Unidades. Os dados foram coletados no período de junho a julho de 2013, por meio da aplicação de dois questionários: o primeiro contendo a identificação sociodemográfica e profissional dos gerentes das Unidades e perguntas abertas a respeito do seu conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização, e o outro contendo questões fechadas relacionadas aos oito objetivos e/ou dispositivos associados e indicadores potenciais em cada uma das dimensões da Política. As informações sobre a identificação sociodemográfica e profissional dos participantes, assim como os dados sobre a existência e implementação dos dispositivos e indicadores da Política nas Unidades, foram submetidos à análise estatística descritiva, a partir de frequências absolutas e percentuais. As respostas às questões abertas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo e, posteriormente, codificadas com o auxílio do software Atlas.ti. Os resultados evidenciaram que 55,56% dos gerentes eram do sexo feminino, tinham idade média de 43,7 anos, e 66,67% eram casados. Em relação à formação acadêmica, 44,44% eram dentistas, 16,67%, enfermeiros, 16,67%, formados em outros cursos da área

da saúde, 16,67%, da área de humanas e 5,55% não tinham formação acadêmica no ensino superior. Quanto à experiência profissional anterior, 44,44% já haviam trabalhado em empresas particulares e em outro cargo municipal; e o tempo de atuação no cargo atual de gerente da Unidade teve média de dois anos e nove meses. Em relação ao conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização, observou-se déficit no conhecimento apresentado pelos gerentes das Unidades. Como fatores dificultadores da implementação da Política destacaram-se: falta de informação e de envolvimento dos usuários, sobrecarga dos trabalhadores em saúde e perfil profissional; e como facilitadores: sistema resolutivo de escuta dos usuários, participação dos trabalhadores na gestão do trabalho, vínculo entre profissional e trabalhador e perfil profissional. Quando questionados sobre a existência dos dispositivos da Política nas Unidades Básicas de Saúde, a maioria referiu tê-los implementado na sua Unidade, de forma estruturada ou mesmo informal. Os resultados deste estudo possibilitaram concluir que, embora haja incompreensão conceitual e percepções imprecisas sobre o tema, perceberam-se várias iniciativas da Política Nacional de Humanização já implantadas e com graus diferentes de implementação.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Políticas Públicas. Sistema Único de Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Created in 2003 to assist with the reorganization of health care in Brazil, the National Humanization Policy provides for the incorporation of new concepts or already existing traditional practices in health, many not previously inserted in the service routines. The increase in the understanding of the concept of humanization, arising from this policy also led the debate on the current models of care and management in health and urged the scientific production on the subject. This research aimed to understand and describe the context of the deployment / implementation of the National Policy of Humanization in primary health care, from the perspective of the managers of the Health Units. This study has a quali-quantitative with cross-sectional exploratory approach and it's developed in the form of a case study. It was carried out in the Units of Primary Health in Uberaba, Minas Gerais, Brazil, with the participation of 18 managers Units. The data were collected from June to July in 2013, through the application of two questionnaires: the first containing identifying sociodemographic and professional of managers of the units and open questions about their knowledge of the National Humanization Policy; and the second containing closed questions related to the eight goals and/or associated devices and potential indicators in each of the dimensions of the reported Policy. The information on identifying sociodemographic and professional participants, as well as the data on the existence and implementation of devices and indicators this Policy in the units were subjected to descriptive statistical analysis, using absolute frequencies and percentages. The answers to the open questions were subjected to content analysis technique and subsequently codification with the aid of the software Atlas.ti. The results showed that 55.56% of managers were female, average age of 43.7 years, and 66.67% were married. Regarding academic, dentists were 44.44%, 16.67%, nurses, 16.67%, formed in other courses in the area of health, 16.67% in the humanities and 5.55% had no academic training in higher education. As for previous work experience, 44.44% had worked in private companies and other municipal office, and the operating time in current position as manager of the unit had an average of two years and nine months. Regarding knowledge about the National Humanization Policy, we observed deficits in knowledge presented by the managers of the units. Some factors complicate the implementation of the policy were identified, such as: the lack of information and involvement of users,

overloading of the health workers and professional profile, and as facilitators : to use of resolute users listening system, workers' participation in management of labor, linkage between professional and hardworking and professional profile . When asked about the existence of the provisions of Policy on Basic Health Units , the majority reported having them implemented in your unit, in a structured or informal ways. The results of this study allowed to conclude that, although there are conceptual misunderstanding and inaccurate perceptions about the theme, there are many initiatives of the National Humanization Policy already in place and with different degrees of implementation.

Keywords: Humanization of Assistance. Public Policies. Unified Health System. Health Evaluation .

RESUMÉN

Creada en 2003 para ayudar en la reorganización de la atención de salud en Brasil, la Política Nacional de Humanización prevé la incorporación de conceptos nuevos o ya preexistentes a las prácticas tradicionales en salud, muchos de ellos todavía no insertados en las rutinas de los servicios. La ampliación en la comprensión del concepto de humanización, que adviene de esa Política, también ha propiciado el debate sobre los actuales modelos de atención y gestión en materia de salud y instó la producción científica sobre el tema. Esta investigación tuvo como objetivo general comprender y describir el contexto de la implantación/ implementación de la Política Nacional de Humanización, en la atención primaria de la salud, desde la perspectiva de los responsables de las Unidades de Salud. Este es un estudio cuantitativo, transversal, exploratorio y desarrollado en forma de estudio de caso simple. Se llevó a cabo en las Unidades de Atención Primaria a la Salud de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, con la participación de 18 directores de unidades. Los datos fueron recolectados en el período de junio a julio de 2013, mediante la aplicación de dos cuestionarios: el primero contiene la identificación sociodemográfica y profesional de los participantes, así como los datos sobre la existencia e implementación de los dispositivos e indicadores de la Política en las Unidades, fueron sometidos al análisis estadístico descriptivo de frecuencias absolutas y porcentajes. Las respuestas a las preguntas abiertas fueron sometidas a la técnica de análisis de contenido y, posteriormente, han sido codificadas con la ayuda del software Atlas.ti. Los resultados evidenciaron que 55,56% de los gerentes eran mujeres, tenían un promedio de edad de 43,7 años, y 66,67% estaban casadas. Respecto a la formación académica, 44,44% eran dentistas, 16,67% enfermeros, 16,67% formados en otros cursos en el área de la salud, 16,67% del área de humanidades y 5,55% no tenían formación académica en educación superior. En cuanto a la experiencia laboral previa, 44,44% ya había trabajado en empresas privadas y en otro puesto municipal; y el tiempo de trabajo en el puesto actual como gerente de la Unidad tuvo media de dos años y nueve meses. Respecto al conocimiento sobre Política Nacional de Humanización, se ha observado deficiencias en los conocimientos presentados por los directores de las unidades. Se identificaron factores complicadores de la implementación de la política, como: falta de información y participación de los usuarios, la sobrecarga de trabajo en

profesionales de la salud y perfil profesional; y como facilitadores: sistema resolutivo de escucha de los usuarios, participación de los trabajadores en la gestión del trabajo, vínculo entre profesional, trabajador y perfil profesional. Cuando se le preguntó acerca de la existencia de las disposiciones de la Política en las Unidades Básicas de Salud, la mayoría informó tenerlos a cabo en su unidad, de una forma estructurada o informal. Los resultados de este estudio permiten concluir que, si bien existen malentendidos conceptuales y las percepciones erróneas sobre el tema, se dio cuenta de que hay muchas iniciativas de la Política Nacional de Humanización ya existentes y con diferentes grados de aplicación.

Palabras clave: Humanización de la Atención. Public Policies. Sistema Único de Salud. Evaluación en Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Macrorregiões de saúde de Minas Gerais, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2003/2006.	38
Figura 2 – Referência Macrorregional do Triângulo Sul.	39
Figura 3 – Mapa dos distritos sanitários do município de Uberaba. Uberaba/MG, 2010.	39
Figura 4 – Rede de relacionamentos entre os fatores que influenciam na implementação da PNH na visão dos gerentes da Atenção Primária à Saúde de Uberaba/MG, 2013.	52
Figura 5 – Distribuição de frequência das Unidades de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à implementação da gestão descentralizada e participativa, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.	67
Figura 6 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.	68
Figura 7 – Articulação entre redes especializadas e redes transversais.	70
Figura 8 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à organização da atenção e oferta de cuidados a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do trabalho, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.	71
Figura 9 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.	72
Figura 10 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à promoção da educação permanente dos trabalhadores, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.	73
Figura 11 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à garantia dos direitos dos usuários, controle social e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.	75
Figura 12 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com o dispositivo e indicador referente à adequação das áreas físicas e provisão de recursos materiais e insumos, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.	78
Figura 13 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à qualificação e otimização do trabalho, a	

partir de instrumentos sistemáticos de avaliação, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013. 79

Figura 14 – Distribuição de frequência da existência/fase de implementação de todos os dispositivos e indicadores das Unidades, a partir do instrumento de avaliação e monitoramento da implementação da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013. 81

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CA – Clínica Ampliada

CAP – Comunidade Ampliada de Pesquisa

CEP/UFTM – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

CNS/ MS – Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde

ESF – Equipe Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministério

GTH – Grupo de trabalho de humanização

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PDE – Plano Diretor de Regionalização

PFST – Programa de Formação em Saúde do Trabalhador

PNAB –Política Nacional de Atenção Básica

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

PNH – Política Nacional de Humanização

PTS – Projeto terapêutico singular

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO – A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	20
2 A JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	22
3 APORTE TEÓRICO	23
3.1 O INÍCIO DA LUTA PELOS DIREITOS DO USUÁRIO	23
3.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONQUISTAS E DESAFIOS PARA QUALIFICAR O ATENDIMENTO À SAÚDE	24
3.3 HUMANIZAÇÃO – DIMENSÃO, RELEVÂNCIA E APLICABILIDADE NA ÁREA DA SAÚDE	25
3.4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO EIXO NORTEADOR DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO E DE GESTÃO DO SUS	27
3.4.1 Organização do ambiente de trabalho: ambiência e acolhimento	28
3.4.2 Clínica ampliada, equipe multiprofissional e redes de atenção à saúde	30
3.4.3 Valorização do trabalho e do trabalhador	30
3.4.4 Gestão participativa – o fazer coletivo a partir da construção da autonomia e corresponsabilização dos sujeitos	32
3.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POSSIBILITANDO UM ATENDIMENTO MAIS HUMANO	33
3.6 AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO	34
4 OBJETIVOS	36
4.1 OBJETIVO GERAL.....	36
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	36
5 PERCURSO METODOLÓGICO	37
5.1 DESENHO DO ESTUDO	37
5.2 DESCREVENDO O CASO EM ESTUDO: CENÁRIO E PARTICIPANTES	38
5.2.1 Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Uberaba, MG	38
5.2.2 Participantes do Estudo	40
5.2.2.1 Critérios de inclusão	40
5.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	40
5.4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
5.4.1 Coleta das informações	41

5.4.1.1 O teste-piloto	41
5.4.1.2 A coleta de dados.....	42
5.4.2 Análise dos dados.....	42
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	42
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	42
6.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA VISÃO DOS GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	46
6.2.1 Percepção dos gerentes da atenção primária à saúde sobre a PNH: (in)compreensão conceitual.....	46
6.2.2 Implementação da PNH: uma ação coletiva.....	49
6.2.3 Benefícios da implementação da PNH	450
6.3 FATORES QUE INFLUENCIAM NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	51
6.3.1 Fatores dificultadores	52
6.3.1.1 Falta de informação e de envolvimento dos usuários	52
6.3.1.2 Sobrecarga dos trabalhadores em saúde.....	55
6.3.1.3 Perfil dos profissionais de saúde	58
6.3.2 Fatores facilitadores	60
6.3.2.1 Perfil dos profissionais de saúde	60
6.3.2.2 Sistema resolutivo de escuta dos usuários	61
6.3.2.3 Participação dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho	62
6.3.2.4 Vínculo entre usuário e trabalhador.....	464
6.4 IMPLEMENTAÇÃO DOS DISPOSITIVOS E INDICADORES INERENTES À POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICE A	98
APÊNDICE B	99
APÊNDICE C	100
ANEXO A	108
ANEXO B	120

1 INTRODUÇÃO – A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Após diversos esforços populares e governamentais, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e, com ele, vários direitos até então garantidos por lei foram reafirmados e adequados às necessidades da população atendida (COHN, 2009). Dentre os vários princípios firmados pelo SUS, vale destacar “a universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde” (BRASIL, 2010a, p.55).

Colocar em prática o que é proposto pelo SUS não constitui tarefa fácil, pois vários fatores têm dificultado sua operacionalização, dentre eles ressalta-se a postura dos trabalhadores e usuários frente ao arcabouço deste sistema de saúde. Para alcançar as mudanças indispensáveis ao melhoramento do atendimento em saúde, tem sido necessária uma mobilização de todos os envolvidos (PAIM, 2008) e, assim, as melhorias advindas dessas atitudes tornam-se cada vez mais evidentes (PASCHE, 2009).

Segundo Lima (2007), mesmo frente aos avanços alcançados pelo SUS, houve a necessidade de reconfigurar a maneira de conduzir as relações em saúde, para que seus princípios fossem adequados à realidade. Nesse contexto, o tema humanização, que surgiu da luta pelos direitos humanos, foi colocado como possibilidade viável para adequar as práticas em saúde, visto que as condutas e os processos terapêuticos frequentemente eram pautados na mecanização e na repetição de procedimentos.

De acordo com Lima (2007), com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), no ano de 2003, o conceito de humanização foi readequado às práticas de saúde. A partir da PNH, a humanização passou a ser vista como uma política que reformula a hierarquia do sistema até então existente, colocando os sujeitos envolvidos em seu atendimento no centro da gestão e valorizando a troca de saberes entre os mesmos para possibilitar um atendimento em saúde mais resolutivo. Esse conceito será adotado nesta pesquisa (DESLANDES, 2004).

A PNH parte de alguns princípios norteadores para conduzir as transformações necessárias, com o objetivo de melhorar o atendimento, envolvendo todos os inseridos na atenção à saúde: usuário, trabalhador e gestor, assim como discorre acerca de dispositivos que podem ser implantados nas rotinas das organizações envolvidas (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Os dispositivos da PNH abrangem toda a rede de atenção à saúde, do atendimento terciário à atenção primária à saúde (APS). No que se refere à APS, por ser uma estratégia que reorganiza o modelo assistencial, a PNH evidencia também a importância da família, como centro das ações de saúde. Nesse cenário, a humanização torna-se essencial para a criação e manutenção do vínculo entre os profissionais e a população atendida e para tornar possível a inserção de todos no processo de gestão em saúde (BRASIL, 2011b).

A implementação dos princípios e dispositivos da PNH na APS é algo complexo, visto que necessita de envolvimento conjunto e comprometimento de todos. Sendo assim, percebe-se que o processo de monitoramento e avaliação da implementação da PNH envolve diversos fatores em todas as múltiplas faces da atenção à saúde, porém, é extremamente relevante para a construção de planos de ação específicos e eficazes (LIMA, 2007).

Na literatura atual, ainda são poucos os estudos voltados para a avaliação da implementação da PNH. Essas considerações suscitaram os seguintes questionamentos:

- Como se caracteriza o contexto atual no qual se opera a Política Nacional de Humanização?
- Que fatores têm influenciado na implementação da Política Nacional de Humanização, na atenção primária à saúde?

2 A JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Tendo em vista os aspectos ressaltados, percebe-se que a evolução conceitual do termo humanização, proporcionada pela PNH, motivou uma mudança de compreensão acerca desse tema, porém, alguns princípios norteadores do SUS, reafirmados na PNH, que têm como objetivo proporcionar um atendimento mais resolutivo, de melhor qualidade e mais humano, ainda podem ser encontrados em fase incipiente de implementação.

Na literatura atual, são escassos os trabalhos voltados para o monitoramento da implementação e para a operacionalização de todas as políticas públicas (GONTIJO et al., 2010; MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; SANTOS-FILHO, 2007; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010) e, em especial, na APS (SIMÕES et al., 2007). Encontram-se relatos da necessidade de realização de estudos avaliativos amplos e que considerem todas as interfaces envolvidas, inclusive no âmbito da humanização (SERAPIONI, 2000; VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000; SANTOS-FILHO, 2011).

A etapa da avaliação deve permear todas as fases do processo de trabalho, para que o mesmo seja adaptado às necessidades e por isso se torna essencial no caso da implementação da PNH. Este estudo possibilitará um mapeamento mais preciso a respeito da implementação da PNH nas Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Uberaba-MG. A partir daí, espera-se poder contribuir com a estruturação de planos de ação mais específicos e que tragam impacto na efetivação dessa política na APS.

3 APORTE TEÓRICO

3.1 O INÍCIO DA LUTA PELOS DIREITOS DO USUÁRIO

A humanização na saúde é um dos temas que proporciona discussão atualmente e também está entre os que mais geram preocupações, na tentativa de incorporar seu conceito e atitudes na rotina dos atendimentos de saúde no mundo (LIMA, 2007). Historicamente, pode-se considerar que a discussão a respeito da humanização teve início na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948 (FORTES, 2004), visto que em sua legislação há referência aos direitos humanos e às relações interpessoais pautadas na fraternidade (ONU, 2000).

Todavia, Lima (2007) considera que foi apenas em meados da década de 1970 que as práticas humanizadas foram colocadas em foco, devido à primeira manifestação em defesa do direito dos usuários em saúde, realizada em 1972, na cidade de Boston, nos Estados Unidos da América, no Hospital Mont Sinai. No ano seguinte, houve a publicação da Carta dos Direitos dos Pacientes pela Associação Americana dos Hospitais.

Como marco significativo nesse tema, tem-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários e Saúde, realizada em Alma-Ata, no ano de 1978 (LIMA, 2007). Em seu relatório, pode-se perceber a ampliação do conceito de saúde, uma vez que passou a abranger o ser humano como um todo, considerando seu bem-estar físico, social e mental, abandonando o conceito antigo que concebia saúde apenas como a ausência de doença física. Além dessa mudança, o relatório também evidenciava a necessidade de considerar a saúde como um direito universal e defendia a adoção de medidas e de políticas de saúde para colocar essa premissa em prática (SHEIHAM, 2005).

No ano seguinte, a Comunidade Econômica Europeia, ao divulgar a Carta do Doente Usuário de Hospital, propiciou ao usuário de saúde o acesso às suas informações médicas e também lhe garantiu o direito de recusa ao tratamento proposto, assim, ele pode se tornar responsável pelas suas escolhas de vida e de cuidados médicos. Em 1984, tais direitos foram reafirmados pelo Parlamento Europeu ao divulgar a Carta dos Direitos do Paciente (FORTES, 2004).

Em território brasileiro, o debate sobre a temática humanização teve início na década de 1960, motivado pelas discussões do movimento feminista sobre a saúde

da mulher (BRASIL, 2010a). Entre os anos de 1970 e 1980, no período de transição do regime militar para a democracia, ocorreu a reestruturação da relação Estado-sociedade, advinda do movimento sanitário iniciado na época da ditadura. Neste momento, a 8ª Conferência Nacional de Saúde tornou-se um marco histórico da mobilização na área de saúde, em 1986, por trazer o conceito de saúde relacionado às composições sociais e incentivando o referido debate (MAIO; LIMA, 2009).

Nessa época, o atendimento à saúde era fortemente realizado de forma fragmentada e voltado para a atenção hospitalar curativa. Vinculava-se à qualidade do atendimento e à satisfação do usuário de saúde a uma obrigação de mercado, deixando o atendimento mais humano restrito aos psicólogos e assistentes sociais (MAIO; LIMA, 2009).

A Constituição Federal de 1988 propiciou novos amparos legais para as políticas de saúde no Brasil, ao adotar o conceito ampliado de saúde advindo da Declaração de Alma-Ata, de 1978, e também ao responsabilizar o Estado pelos cuidados de saúde (PASCHE, 2009).

Sob o preceito constitucional de saúde como “direito do cidadão e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 2002, p. 137) tem-se a criação do SUS que, além de ser baseado nos direitos garantidos por lei (ONU, 2000), foi um reflexo das discussões advindas do movimento sanitarista que ocorria nessa mesma época no país (COHN, 2009). Nesse momento inicial, a criação do SUS teve como objetivo possibilitar o desenvolvimento de ações de caráter assistencial integral que permitissem melhor acesso da população a todos os serviços prestados pelo governo (MAIO; LIMA, 2009).

3.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONQUISTAS E DESAFIOS PARA QUALIFICAR O ATENDIMENTO À SAÚDE

O SUS tem por base princípios norteadores como universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2010a). Seu modelo de gestão descentralizada preconiza ações de saúde disseminadas entre a União, os Estados e os municípios, de forma que eles interatuem entre si e mantenham cada um suas competências específicas (MENICUCCI, 2009) e responsabilidades. Esse modelo democrático de gestão contribui para que as ações sejam mais eficazes, visto que elas serão fruto também da participação popular (BRASIL, 2011a), o que diminui a exclusão social

(FORTES, 2004), tornando possível o alcance desse objetivo já reivindicado desde meados dos anos 1970 pelos políticos e pela opinião pública (CÔRTEZ, 2009; MATTOS, 2009; MENICUCCI, 2009).

O processo de implantação do SUS foi um grande desafio, por fornecer elementos complexos não só para seus gestores, mas para todos os envolvidos. Para que isso fosse possível, foi necessária a criação de vários instrumentos além de recursos financeiros específicos e de uma organização política local efetiva. Somado a isso, tem-se a necessidade do fortalecimento da gestão democrática e de todos os meios para tornar possível esse modelo de gestão (BRASIL, 2011a).

O momento político vivido, não só nacional como internacionalmente, serviu como aspecto fortalecedor para a implementação do SUS. No cenário internacional, disseminava-se o ideal neoliberal que, dentre outras propostas, estimulava o arrefecimento da atuação do Estado no comando de todos os setores, inclusive o da saúde. E, no âmbito nacional, vivia-se um período de restabelecimento das eleições diretas, o que ilustra o poder dado ao povo e o enfraquecimento do Estado como detentor de uma verdade absoluta (CAMARGO, 2010).

Partindo dessa exposição, Camargo (2010) relata que a sustentabilidade e a própria validade do SUS tornaram-se foco de críticas. Dentre as diversas dificuldades que o SUS enfrenta pode-se ressaltar: desunião dos membros envolvidos (TAKEMOTO; SILVA, 2007), fragmentação do atendimento (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012), pouca adesão na reformulação do processo de trabalho (TAKEMOTO; SILVA, 2007), desvalorização das habilidades dos profissionais e da opinião dos usuários (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

Assim, mudanças no modelo de atenção à saúde fazem-se necessárias com o objetivo de valorizar o usuário e tratá-lo verdadeiramente de maneira integral e resolutiva. Para isso, é preciso inserir práticas humanizadas de cuidado no cotidiano do atendimento e nas ações de saúde (NEVES, 2009; SANTOS-FILHO, 2011).

3.3 HUMANIZAÇÃO: DIMENSÃO, RELEVÂNCIA E APLICABILIDADE NA SAÚDE

No início da construção do SUS, o tema humanização era relacionado a um atendimento resolutivo e à garantia de acesso. Em definições atuais, é vinculado também à qualidade de vida do trabalhador em saúde, às melhores condições de trabalho, à correlação entre os três pilares responsáveis pelo atendimento à saúde –

gestor, trabalhador e usuário (DESLANDES, 2004), estando esse conceito em constante construção e renovação (MAIO; LIMA, 2009).

Para que todas as dimensões da humanização sejam inseridas em um contexto, são necessários o acompanhamento e a formação dos envolvidos, podendo ser considerada, então, como um processo a ser construído (FORTES, 2004). O cuidado em saúde também requer um encadeamento de atos técnicos e científicos com o objetivo de reestabelecer a saúde do usuário, respeitando as necessidades de cada um deles e construindo uma relação de confiança (SALICIO, 2009).

Para que esse processo torne-se possível, é necessário incentivar o trabalho em equipe e a gestão participativa. Uma vez que os trabalhadores e usuários estiverem inseridos em todos os momentos no serviço de saúde, seus direitos poderão ser efetivados (CARVALHO, 2012). Outra condição que favorece esse processo é a melhoria das condições de trabalho que vão desde a remuneração e carga horária adequada até a distribuição e organização dos serviços na unidade (SANTOS-FILHO, 2007).

Alcançar efetivamente a humanização no atendimento à saúde pressupõe a adoção de meios capazes de gerar mudanças no contexto global de trabalho, sendo que muitos deles podem representar desafio ou mesmo causar resistência por parte dos envolvidos. Por isso, é necessária a criação de estratégias que sensibilizem os atores desse meio para construir uma nova realidade nas práticas de saúde (BRASIL, 2010a).

A partir dessa conjectura, a humanização pode ser tomada como política de saúde e não apenas como um princípio ou programa a ser seguido. Isso se deve a dois fatores: a possibilidade de torná-la concreta – por terem sido criados instrumentos para sua efetivação (MAIO; LIMA, 2009) e por não poder ser tratada paralelamente a nenhuma política, e sim ser inserida de forma transversal em todas as práticas e instâncias do sistema (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A reformulação do tema humanização implica em um maior comprometimento com todas as relações que resultará na formação de um sujeito ativo e protagonista das ações em saúde, à medida que a política proporciona uma nova roupagem às corriqueiras práticas de saúde, valorizando a singularidade, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos de cada uma (BRASIL, 2010a).

3.4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: EIXO NORTEADOR DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO E DE GESTÃO DO SUS

No ano de 2000, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), cuja proposta inicial era a implantação de comissões hospitalares para gerenciar a qualidade de atendimento aos clientes. A partir de 2002, iniciou-se no Brasil uma série de reformas políticas direcionadas à saúde e percebeu-se, então, a necessidade de reformular o PNHAH, o que culminou com a sua extinção. Na sequência, com o objetivo de possibilitar a inclusão social e melhorar a qualidade da assistência, em fevereiro de 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (LIMA, 2007).

A PNH estrutura-se a partir de princípios norteadores, diretrizes e dispositivos. Transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, autonomia dos sujeitos e dos coletivos são os princípios desta política, os quais devem nortear as possíveis mudanças propostas para o modelo de atenção à saúde e de gestão. As diretrizes são orientações gerais para que possam ser inseridos nesse processo todos os atores necessários para a mudança. Por fim, os dispositivos são os métodos que irão possibilitar a mudança nas práticas de saúde e promover as mudanças propostas pela PNH, a ação propriamente dita (BRASIL, 2010a).

O princípio da inseparabilidade entre atenção e gestão é uma grande marca da PNH, uma vez que a diferencia em relação a outros programas voltados pra assistência e propõe a transversalização dessas ações (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009). Pasche (2010) ressalta que toda a organização do trabalho e a presença de trabalhadores ativos são essenciais para a definição de todo o processo de trabalho e de como ele é organizado.

Ao analisar a PNH, percebe-se que sua formulação ocorreu “a partir de um SUS que dá certo” (PASCHE, 2009, p. 704), porém com a consciência dos pontos que não deram certo ou que necessitam de alteração (HECKERT; NEVES, 2010). Os princípios que norteiam a PNH coincidem com alguns princípios do SUS (BRASIL, 2009e) e têm como propósito adicional, na visão de Souza e Mendes (2009) e de Santos-Filho (2011), reorganizar os processos de trabalho em saúde, valorizando a participação dos trabalhadores, gestores e usuários na construção de novas estratégias gerenciais para aumentar o vínculo e a cumplicidade entre os atores envolvidos, melhorando substancialmente a qualidade do atendimento

prestado. Além disso, eles incorporam, no modo até então adotado para a gestão, recursos terapêuticos e pedagógicos para auxiliar os profissionais, a fim de uma melhoria da qualidade de vida e de trabalho (FORTES, 2004).

As mudanças propostas pela PNH, nas práticas de atenção à saúde, têm como objetivo facilitar o acesso; proporcionar atendimento de qualidade, acolhedor e resolutivo e tornar o usuário de saúde uma pessoa ativa desde o planejamento das ações em saúde que o rodeiam até seu atendimento individualizado (LIMA, 2007). Contudo, o modelo de atenção à saúde ainda vigente é complexo e envolve diversos aspectos; sendo assim, viabilizar tais propostas pressupõe a mobilização de todos os envolvidos, considerando que as dificuldades de adaptação enfrentadas pela política não são poucas (DESLANDES, 2004).

A PNH propõe um modelo de gestão participativa que, somado às características anteriores, insere o conceito de “método da tríplice inclusão” (BRASIL, 2009b, p. 31), valorizando a inserção de todos os sujeitos envolvidos, os analisadores sociais que possam possibilitar modificações no modelo de atenção e gestão em saúde e o coletivo e o trabalho em equipe (TRAJANO, 2012) para garantir que o planejamento, a execução e a avaliação sejam compartilhados por todos, uma vez que a gestão em saúde é, em particular, muito complexa (BRASIL, 2009b).

Os princípios norteadores da PNH traduzem com excelência seus objetivos, pois eles envolvem eixos que valorizam não só o papel, mas também a opinião de todos aqueles inseridos no atendimento à saúde, de forma que eles participem no processo de gestão e de atenção à saúde.

A seguir, são apresentados as diretrizes e os dispositivos da PNH.

3.4.1 Organização do ambiente de trabalho: ambiência e acolhimento

Uma das maneiras possíveis de possibilitar melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, organizar o ambiente de trabalho em saúde é o investimento na adequação da ambiência. Ambiência diz respeito à construção ou reinvenção do ambiente para torná-lo mais acolhedor e resolutivo, considerando toda a sua amplitude: social, profissional e de relações interpessoais. Para proporcionar conforto, o ambiente deve ser focado na manutenção da privacidade de todos os

sujeitos envolvidos e estar atento às cores, aos cheiros, aos sons e às sensações na área interna e externa da instituição (BRASIL, 2010b).

O foco das transformações propostas pela ambiência não é agir no processo de trabalho em si, mas ser uma ferramenta para que o espaço atue como condutor de um ambiente benéfico e proporcione relações saudáveis (BRASIL, 2010b).

Para que os processos de trabalho sejam modificados, é necessário considerar a arquitetura como mecanismo contribuidor e, na PNH, são citados vários dispositivos com essa finalidade. Vale ressaltar a construção de espaços multifuncionais que se tornarão ambientes de convívio, a construção de estruturas para acolher os visitantes e receber o acompanhante de maneira digna, além de investimentos em sinalização e mecanismos de informação aos usuários para possibilitar a integração daqueles com necessidades especiais ou analfabetos (BRASIL, 2010b).

O acolhimento preconizado pela PNH é definido como a construção de relações estreitas entre usuários, trabalhadores e gestores, gerando um elo de confiança e compromisso, a partir de uma postura respeitosa frente às diferenças (BRASIL, 2009a). Essa prática não se restringe a uma categoria profissional ou a um período de atendimento, uma vez que visa a atender às necessidades dos usuários como um todo e envolvê-los no tratamento (BRASIL, 2009a; SANTOS; FERNANDES; HARISON, 2012).

Em algumas instituições, encontra-se o acolhimento vinculado a estratégias de triagem administrativa e encaminhamentos. Esse tipo de procedimento não é irrelevante, entretanto, proporciona a fragmentação do cuidado (IGNÁCIO, 2011), desvinculando-se de seu papel primordial de transformador do processo de trabalho e, conseqüentemente, de produzir postura resolutiva (SANTOS; FERNANDES; HARISON, 2012).

Adotar essa diretriz possibilita a estruturação de atitudes produtoras de mudanças, como: a busca do engajamento para o protagonismo dos sujeitos e a abertura de espaços de discussão entre eles para reorganizar o serviço de saúde, a partir dos problemas visualizados pelos trabalhadores (BRASIL, 2009a).

3.4.2 Clínica ampliada, equipe multiprofissional e redes de atenção à saúde

A Clínica Ampliada (CA) traz consigo o conceito de articulação e trabalho em equipe, onde todos agem em prol da saúde dos usuários atendidos (BRASIL, 2009b). O próprio conceito de saúde na lógica da CA tem enfoque diferenciado, visto que cabe aos profissionais envolvidos incentivar o usuário a tornar-se ativo em todas as decisões que envolvem sua saúde (BRASIL, 2009b).

Apesar desse enfoque multidisciplinar do atendimento, na CA há o reconhecimento de que, em algumas situações, é necessário um cuidado pontual de apenas um profissional. Com atitudes como essas, minimiza-se a dependência do usuário e melhora a adesão ao tratamento (IGNÁCIO, 2011).

Na CA, existem eixos essenciais para o seu funcionamento e, de maneira geral, eles encontram-se vinculados à compreensão adequada do processo saúde-doença, ao reconhecimento do benefício de compartilhar os diagnósticos e o equilíbrio entre as áreas de conhecimento de cada profissional envolvido (IGNÁCIO, 2011).

Para possibilitar a implementação desses princípios, de acordo com Ignácio (2011), a proposta da CA apresenta alguns dispositivos. São eles:

- A escuta: por meio da valorização do subjetivo de cada usuário;
- Vínculos e afeto: não só do profissional com o usuário, mas também do usuário com o profissional;
- Flexibilidade de horários e atendimentos para possibilitar uma melhor adesão ao tratamento;
- Projeto terapêutico singular (PTS): tratamentos articulados, de acordo com as necessidades individuais e discutidos em equipe;
- Equipe de referência: equipes multiprofissionais que acompanham o tratamento de um usuário para proporcionar atendimento integral, resolutivo e único ao usuário.

3.4.3 Valorização do trabalho e do trabalhador

A PNH, para alcançar um de seus objetivos, o da reformulação das práticas gerenciais em conjunto com a atenção à saúde, propõe uma reorganização dos

serviços em saúde, de forma que as equipes envolvidas nessa prática sejam valorizadas em suas diferenças e se tornem ativas na construção dos processos de trabalho. Para isso, é necessário que essa equipe seja treinada para poder tornar esse processo de construção mais condizente com as necessidades e com a realidade (BRASIL, 2009c).

Para que o diálogo entre os saberes e as experiências dos trabalhadores em saúde seja possível e produtivo, foram propostos pela PNH o Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e a Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) que fazem parte do PFST (BRASIL, 2004a). Ambos têm como objetivo principal instigar e dar suporte ao processo de formação no próprio ambiente de trabalho (BRASIL, 2009c).

O PFST é vinculado ao princípio da valorização do trabalho e dos trabalhadores, visto que o mesmo busca analisar e problematizar o processo de trabalho, abrindo espaço para o diálogo entre os diferentes saberes em busca de um projeto comum entre os profissionais envolvidos com a assistência no dia a dia e apoiadores da política (BRASIL, 2009c).

A CAP faz parte da PFST e é uma proposta de análise e problematização dos acontecimentos do dia a dia dos trabalhadores por eles mesmos, de forma que eles pesquisem a respeito de seu próprio trabalho e possam, com isso, construir propostas de mudanças mais prazerosas (BRASIL, 2004a). Vale ressaltar que esses espaços são criados no próprio ambiente de trabalho e são colocados em análise coletiva o fazer do cotidiano e os sentimentos gerados nessas situações vividas (BRASIL, 2009c).

Outra maneira possível de valorizar o trabalhador é proporcionando o incentivo à qualificação profissional, através da Educação Permanente. A Educação Permanente na PNH é conceituada como o aprendizado contínuo em saúde, inserida no cotidiano das instituições de forma rotineira e contemplando as temáticas relevantes, para que o processo de trabalho se desenvolva com mais qualidade. O compromisso com a democratização das organizações de trabalho foi reforçado com a criação da Política de Educação Permanente em Saúde pela Portaria nº 198/ Gabinete do Ministério (GM) do Ministério da Saúde (MS), em 2004 (BRASIL, 2009d). Nessa política, há a valorização da inserção dos trabalhadores em todas as fases de planejamento da atividade, com o objetivo de torná-los mais críticos e

engajados na transformação da realidade em prol da qualidade do atendimento (RODRIGUES, VIEIRA, TORRES; 2010).

Atualmente, as diretrizes curriculares dos cursos na área da saúde corroboram esse conceito ampliado de Educação Permanente (BRASIL, 2009b; HECKERT; NEVES, 2010). Assim, é dado novo foco para a formação profissional, com a finalidade de produzir trabalhadores que desvalorizam as práticas de saúde fragmentadas (RODRIGUES, VIEIRA, TORRES; 2010) e que são comprometidos com a promoção de saúde e a prevenção de agravos (BRASIL, 2009b; HECKERT; NEVES, 2010).

3.4.4 Gestão participativa – o fazer coletivo a partir da construção da autonomia e da corresponsabilização dos sujeitos

A gestão participativa inclui os usuários, trabalhadores e gestores nas articulações decisórias necessárias para a produção de um plano de ação pertinente, de forma crítica e inovadora. Essa modalidade de gestão não engessa a atuação de nenhum de seus membros, pois todos se corresponsabilizam pelo cuidado a ser prestado, fortalecendo os vínculos éticos no fazer da saúde de acordo com as necessidades (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

Com o objetivo de instrumentalizar os serviços de saúde para uma gestão participativa, salienta-se que a PNH traz dispositivos que podem ser implementados em cada realidade (BRASIL, 2009b). De maneira ampla são eles:

- Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) – são grupos de profissionais de saúde de diversas áreas que têm o objetivo de difundir os princípios da humanização e promover mudanças nos pontos críticos por eles detectados;
- Colegiados Gestores de hospital ou da unidade de saúde – são grupos compostos por coordenadores dos diferentes setores de saúde com o objetivo de definir as prioridades de organização dos projetos de ação a serem implementados e monitorá-los;
- Contratos de Gestão, internos ou externos – são acordos entre os setores de prestação de cuidados em saúde e suas instâncias superiores com a finalidade de qualificar o atendimento à saúde e estimular a participação coletiva;

- Direito a acompanhante e visita aberta – por meio da organização das rotinas e da estrutura física para possibilitar a permanência do acompanhante em período integral com o usuário durante seu atendimento ou que dê livre acesso ao mesmo;
- Ouvidoria – é um mecanismo de avaliação e escuta informal das queixas e vivências dos usuários e trabalhadores, não com o caráter punitivo, mas para encaminhar aos responsáveis e monitorar suas atitudes frente ao problema;
- Família participante, grupo de pais – grupos entre trabalhadores, usuários, familiares e gestores para a inclusão de todos no serviço de saúde.

3.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POSSIBILITANDO UM ATENDIMENTO MAIS HUMANO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como foco a família e os territórios bem delimitados, mediante a interação de uma equipe multidisciplinar de forma resolutiva e estimulando o envolvimento da população nos cuidados em saúde (BRASIL, 2011b).

No ano de 2011, com a Portaria GM nº2.488/2011 revogou-se a Portaria GM Nº 648/2006, ao revisar as diretrizes e normas para a organização da APS e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Vale ressaltar que essa política considera os termos Atenção Básica à Saúde (ABS) e APS equivalentes. De acordo com essa política, a APS é:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2012a, p.19).

A APS é descentralizada e, por serem estrategicamente instaladas, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) oferecem atendimento à saúde da população por meio de tecnologias com elevada complexidade e baixa densidade. A APS tem como fundamentos: acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, atendimento integral e interdisciplinar, desenvolvimento de vínculos e responsabilizações entre os

profissionais e a população atendida, valorização do profissional e valorização da participação popular. A principal maneira de operacionalizar a APS é por meio da atuação da ESF e PACS que se organizam de acordo com os princípios do SUS e, conseqüentemente, com os encontrados na PNH (BRASIL, 2012a).

Alguns dos desafios encontrados pela PNAB são relacionados ao seu não reconhecimento como política social e à dificuldade de articular os processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2011b), o que, conseqüentemente, prejudica a organização das redes de cuidado, de acordo com as diretrizes da PNH (BRASIL, 2010a). Esse arranjo é necessário para melhorar a resolutividade da APS, tornando-a porta de entrada do sistema de saúde e, por fim, auxilia na transformação do modelo de atenção à saúde (SANTOS, 2007).

Tendo em vista que a maioria dos princípios da PNAB é baseada no vínculo criado entre a equipe e a comunidade assistida, as repercussões da implementação das diretrizes da PNH são altamente benéficas (DIAS, 2012). As ações humanizadas na assistência à saúde facilitam a construção de confiança entre os usuários e os profissionais (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008), o que possibilita o envolvimento de todos na gestão e na assistência em longo prazo (BRASIL, 2012a).

A PNH propõe formas diferentes de acolhimento e criação de vínculo na APS, além de estimular a elaboração de intervenções terapêuticas voltadas para os usuários em si ou para a rede de convivência onde ele está inserido, sobretudo com a preocupação de proporcionar ambiente acolhedor e de tornar a equipe de saúde referência para os cuidados de saúde à população (FORTES, 2004). Embora a PNH busque programar diretrizes e dispositivos na APS, constata-se que o foco das ações implementadas dessa política ainda prevalece em uma atuação mais hospitalar (SIMÕES et al., 2007).

3.6 AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO

Tendo em vista a amplitude do tema humanização, pode-se concluir que a sua avaliação no âmbito da saúde segue a mesma complexidade. Isso se deve à dificuldade de descobrir indicadores para retratar a realidade, de forma concreta, que compreenda as mudanças nos processos de produção dos serviços e dos

sujeitos. Assim, é necessária uma análise diferenciada e objetiva ao mesmo tempo para se dimensionar melhor a realidade (LIMA, 2007).

No Manual de Monitoramento e Avaliação da PNH lançado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009e), encontra-se uma reflexão acerca dos eixos avaliativos e dos diferentes tipos de indicadores de referências para serem acompanhados nos três níveis de atenção à saúde. Nesse manual, todas as dimensões da gestão e da atenção à saúde retratadas na PNH são transformadas em indicadores potenciais para o monitoramento de implantação e implementação da PNH. Ressalta-se que os indicadores são situações ou organizações possíveis de avaliação e mensuração que representam os princípios da PNH (BRASIL, 2009e).

Conceitualmente indicadores são medidas relevantes que refletem as dimensões do estado de saúde e seus desdobramentos. No Manual de Monitoramento e Avaliação da PNH, foram levadas em consideração as circunstâncias que auxiliam no planejamento e monitoramento das ações de saúde, de acordo com os princípios, diretrizes e dispositivos da política (BRASIL, 2009e).

De acordo com Santos-Filho (2007), é de suma importância realizar uma avaliação interdisciplinar da humanização, na tentativa de abranger melhor todos os indicadores que esse processo envolve. Além disso, é sinalizado que os indicadores de avaliação da PNH não sejam analisados separadamente, pois isso pode minimizar aspectos importantes da realidade (BRASIL, 2009e).

Na APS, existem alguns tipos de avaliação instituídos que são exigidos para a o desenvolvimento dos planos estaduais; porém, há muito pouco em relação à avaliação da PNH na APS (TAMAKI et al., 2010).

O monitoramento e a avaliação da PNH são essenciais para tornar possível uma visualização mais global da realidade e o quanto a política conseguiu alcançar um de seus objetivos principais: o de efetivar os princípios norteadores do SUS, contribuindo para a adequação de políticas e ações de saúde futuras (LIMA, 2007).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender e descrever o contexto da implantação/implementação da Política Nacional de Humanização, na atenção primária à saúde, sob a ótica dos gerentes das Unidades de Saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos gerentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre a Política Nacional de Humanização.
- Identificar fatores que influenciam na implementação da Política Nacional de Humanização, na opinião dos gerentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde.
- Averiguar a implementação dos dispositivos associados às diretrizes da PNH em Unidades de Atenção Primária à Saúde.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 DESENHO DO ESTUDO

A presente investigação foi realizada segundo uma abordagem quantiquantitativa, com caráter transversal, exploratório, desenvolvida sob a forma de Estudo de Caso simples.

O método de pesquisa Estudo de Caso é uma estratégia que investiga um fenômeno contemporâneo em sua totalidade. Esse fenômeno não pode ser distanciado de seu contexto e, sendo assim, o ambiente em que ele acontece também se torna um objeto de investigação. Todos os aspectos do fenômeno e de seu contexto são sistematicamente observados e ponderados, sem que o pesquisador tenha nenhum controle sobre os eventos (YIN, 2010).

Nesta investigação, o Estudo de Caso foi utilizado como ferramenta auxiliar à compreensão dos processos de operacionalização dos dispositivos e princípios da PNH em seu próprio ambiente de manifestação, não depreciando o contexto em que eles estão inseridos (YIN, 2010).

Considerando os objetivos do estudo e sua complexidade, foi utilizado um protocolo para a pesquisa. O protocolo é um instrumento de grande importância no Estudo de Caso, uma vez que contém os procedimentos que serão realizados em campo, sempre tendo como referência as questões norteadoras do estudo, aumentando, assim, a confiabilidade nos dados coletados e orientando o pesquisador, no transcorrer da investigação (YIN, 2010).

Nas pesquisas avaliativas, o Estudo de Caso merece destaque por ter várias aplicações distintas que corroboram o processo de avaliação de forma abrangente. As formas de aplicação variam desde: explicar os vínculos causais, descrever as intervenções em seu contexto real, ilustrar ou mesmo descrever algum tópico do objeto de estudo, explorar situações complexas de intervenção (YIN, 2010). Portanto, considerando os objetivos desta pesquisa, a utilização desse método tornou-se essencial para a compreensão do contexto organizacional no qual se espera que seja implementada a PNH.

5.2 DESCREVENDO O CASO EM ESTUDO: CENÁRIO E PARTICIPANTES

O cenário eleito para a realização desta pesquisa constituiu-se das Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

5.2.1 Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Uberaba-MG

O estudo foi realizado em Uberaba-MG, município de médio porte localizado na macrorregião do Triângulo Sul, do Estado de Minas Gerais (FIGURAS 1 e 2). Uberaba conta com uma população de 295.988 habitantes (IBGE, 2013a), e o município tem um total de 126 estabelecimentos de saúde, sendo 36,5% deles públicos e 56,3% com algum tipo de vínculo com o SUS (IBGE, 2013b).

Figura 1 - Macrorregiões de saúde de Minas Gerais, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2003/2006.



Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA-MG, 2013.

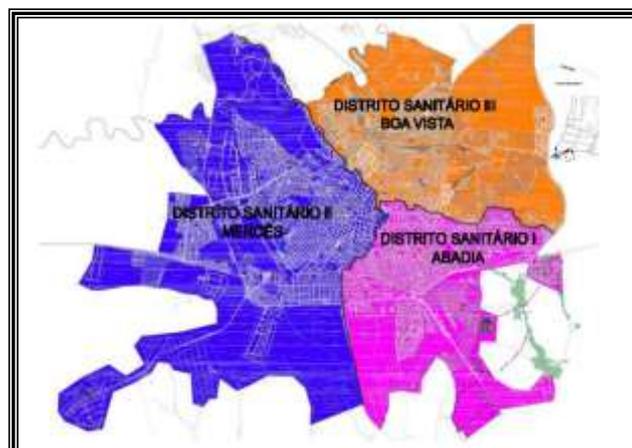
Figura 2 – Referência Macrorregional do Triângulo Sul



Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA-MG, 2013.

A APS do município de Uberaba-MG é coordenada diretamente pelo secretário municipal de saúde e concomitantemente é coordenada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por gerentes que são responsáveis pelo seu funcionamento assim como pelo planejamento das ações. Conta com um total de 32 UBSs (sete na zona rural e 25 na zona urbana) e com 50 ESFs que atendem 55% da população municipal (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2013). Com o objetivo de organização e delimitação geográfica, desde o ano de 2008, o município foi dividido em três distritos sanitários (FIGURA 3) e 18 áreas de abrangência, incluindo a zona rural (BRASIL, 2013a), como mostra a Figura 3.

Figura 3 – Mapa dos distritos sanitários do município de Uberaba-MG. Uberaba/MG, 2010.



Fonte: BRASIL, 2013a.

5.2.2 Participantes do estudo

Foram convidados a participar da investigação todos os gerentes de UBS do município que eram responsáveis diretos pelo funcionamento das Unidades, totalizando 19 profissionais. Embora todos tenham inicialmente concordado em participar, um deles, após quatro tentativas, inclusive com agendamento, não se dispôs a conceder a entrevista, sendo então excluído da coleta. Dessa forma, participaram do estudo 18 gerentes de UBS.

Vale ressaltar que o gerente pode ser responsável pela UBS e também pelas ESFs lotadas em suas dependências e também gerenciar mais de uma UBS ao mesmo tempo. Devido a essa complexa responsabilidade, o cargo requer um profundo conhecimento dos princípios gerais da administração como também experiência gerencial para compreender todos os processos a sua volta, sem necessariamente requerer uma formação específica (JESUS; SOUZA; SANTOS, 2011). Esse fato justifica a participação dos gerentes nesta pesquisa.

5.2.2.1 Critérios de inclusão

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para os participantes: ter mais de 18 anos e ser gerente de Unidade Básica de Saúde do município de Uberaba-MG.

5.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Com o objetivo de conhecer a percepção dos gerentes das UBSs sobre a PNH e identificar os fatores que influenciam na sua implementação nas Unidades onde eles atuam, foi aplicado um questionário (APÊNDICE B) contendo duas partes: a primeira com dados de identificação sociodemográfica e profissional dos gerentes das Unidades e, a segunda, apresentando perguntas a respeito do seu conhecimento sobre a PNH e da implementação da política.

Para averiguar a implementação dos dispositivos da PNH nas UBSs, e também para corroborar as informações obtidas nas perguntas iniciais sobre a PNH, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE C), baseado no documento contendo os eixos avaliativos e indicadores de referência para monitoramento e avaliação da

PNH (BRASIL, 2009e). Contempla oito objetivos (listados do Objetivo A ao H), dispositivos associados e indicadores potenciais em cada uma dessas dimensões (enumeradas de 1 a 25). Dispõe de três opções para resposta, de acordo com a fase de implementação em que cada dispositivo se encontra: não existe; organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos; organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos.

No Anexo A, pode-se perceber como são relacionados os objetivos e seus indicadores potenciais.

5.4 PERCURSO METODOLÓGICO

5.4.1 Coleta das informações

Com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM, sob o protocolo n.º. 2582 (ANEXO B), os gerentes de todas as UBSs de Uberaba-MG foram convidados a participar da pesquisa, após um contato inicial para esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em duas vias, sendo uma para o pesquisador e a outra para o participante, concordando com a participação.

5.4.1.1 O teste-piloto

Antes do início da coleta de dados da pesquisa, foram realizadas três entrevistas como teste-piloto para verificar a adequação do instrumento e posterior aplicabilidade do mesmo como um todo. Foram selecionados três enfermeiros das UBSs, aleatoriamente, que não atendiam aos critérios de inclusão, porém, que detinham conhecimento sobre o funcionamento da Unidade, devido ao tempo de atuação na mesma.

As entrevistas foram realizadas, no período de 18 a 21 de junho de 2012. Os enfermeiros participantes tinham idade média de 29,3 anos (variando de 24 a 33 anos); dois eram do sexo masculino; dois tiveram experiência anterior em instituições particulares e um enfermeiro não tinha experiência de trabalho anterior. O tempo de atuação como enfermeiros de UBS era de 38,3 meses em média

(variando de 24 meses a 56 meses de atuação), e nenhum exercia outro cargo além desse.

Após a realização do teste-piloto, o questionário contendo os objetivos, dispositivos e indicadores da PNH nas UBSs (APÊNDICE C) sofreu apenas correções semânticas, para possibilitar sua melhor compreensão por parte dos entrevistados.

5.4.1.2 A coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com 18 gerentes das UBSs, do município de Uberaba-MG, que concordaram com a participação na pesquisa, por meio da realização de entrevistas utilizando-se dos instrumentos (APÊNDICES B e C), com a finalidade de avaliar o conhecimento dos gerentes sobre a PNH e sua implementação no contexto da atenção primária à saúde. Os gerentes foram questionados a respeito da existência dos indicadores potenciais da implementação da PNH e, posteriormente, indagados a respeito dos fatores que têm influenciado na efetiva implementação dos mesmos (fatores facilitadores e fatores dificultadores).

As entrevistas foram gravadas com a permissão dos participantes e, posteriormente, os conteúdos foram transcritos na íntegra. Os gerentes foram identificados pela letra P, seguidos do número correspondente à ordem em que os mesmos foram entrevistados.

A coleta dos dados foi realizada, no período de junho a agosto de 2013.

5.4.2 Análise dos dados

As informações sobre a identificação sociodemográfica e profissional dos gerentes das Unidades, assim como os dados sobre a existência/implementação dos dispositivos e indicadores da PNH nas Unidades, foram submetidos à análise estatística descritiva, a partir de frequências absolutas e percentuais.

Por sua vez, a percepção dos gerentes das UBSs sobre a PNH foi abstraída das respostas dos gerentes aos questionamentos realizados. Os registros produzidos a partir das transcrições das falas foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo, segundo o referencial de Bardin (2010). Esse método de análise é compreendido como uma união de técnicas de organização de

conteúdo, de forma sistemática, para posterior descrição, tendo como base referenciais teóricos relacionados. Os conteúdos devem ser organizados em categorias temáticas, com sentidos comuns que podem trazer consigo um significado, de acordo com o objetivo estudado.

Tal método é organizado em três principais fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2010). De acordo com a referida autora, na pré-análise deve-se realizar uma leitura flutuante da transcrição das falas dos atores envolvidos, o que significa uma leitura descompromissada do conteúdo para melhor compreensão e seleção do material a ser analisado. Em seguida, os dados são organizados e delimitados aqueles que são relevantes, de acordo com os objetivos da pesquisa. E para finalizar essa fase, o material é novamente lido para alinhar os dados já separados e prepará-los para a análise.

Na fase de exploração do material, há a organização das Unidades analisadas por meio de uma aproximação dos dados, identificação das ideias centrais, temas e similaridade nos conteúdos, formando as categorias. Na última fase, o tratamento, acontecem a inferência e a interpretação dos resultados, de acordo com o referencial teórico, base desta pesquisa para que se possa compreender o que os relatos dos profissionais do grupo significam (BARDIN, 2010).

Todo esse trabalho de codificação foi realizado com o auxílio do *software* Atlas.ti (2010), o que facilitou a correlação entre as categorias, citações e as notas de análise (denominadas, respectivamente pelo programa, como *Codes*, *Quotation* e *Memos*) e a construção de redes de relacionamento entre as categorias e as citações. O referido *software* é um organizador e arquivador de documentos que necessita do pesquisador para construir todas as relações e não descarta a necessidade da leitura exaustiva dos dados coletados e a familiarização com os mesmos, sendo assim, o *software* não retira uma das características principais da pesquisa qualitativa que é o enfoque indutivo na análise de dados (JUSTICIA, 2005).

As citações dos gerentes entrevistados serão referenciadas no decorrer do trabalho utilizando a letra P, seguida do número de identificação de cada um.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) para apreciação, tendo sido iniciado somente após a aprovação, sob o protocolo n^o. 2582. Toda a pesquisa respeitou os princípios éticos do sigilo, anonimato, da participação voluntária, esclarecida e consentida (APÊNDICE A).

Os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados de acordo com Resolução N^o466, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), de 12 de dezembro de 2012. Os dados serão arquivados por cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora e, posteriormente, serão incinerados (BRASIL, 2012b).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Retomando, foram entrevistados 18 gerentes das UBSs do município de Uberaba-MG, do total de 19, uma vez que, depois de quatro tentativas, inclusive com agendamento, um dos gerentes não se dispôs a conceder a entrevista.

Os resultados apontam que, dentre os 18 gerentes entrevistados, 10 eram do sexo feminino (55,56%) e oito eram do sexo masculino (44,44%); a idade média foi de 43,7 anos, variando entre 24 e 70 anos e, em relação ao estado civil, 12 deles eram casados (66,67%), e seis eram solteiros (33,33%).

Estudo de Ximenes e Sampaio (2007) realizado em Sobral, Ceará, com 28 gerentes da ESF verificou que 92,9% eram do sexo feminino, 57,2% estavam na faixa etária de 25 a 34 anos e 78,6% eram casados. Em outro estudo (ALVES; PENNA; BRITO, 2004) realizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, com 59 gerentes de UBS, constatou-se que 89,83% eram do sexo feminino e que 33,9% estavam na faixa etária de 36 a 40 anos.

Com relação à formação acadêmica dos gerentes, oito deles eram formados em odontologia (44,44%), três, em enfermagem (16,67%), três, (16,67%) em outros cursos da área da saúde (fisioterapia, psicologia e farmácia), três, (16,67%) em cursos da área de humanas (dois em direito e um em administração de empresas), e

um (5,55%) não tinha formação acadêmica no ensino superior, apenas o ensino médio completo. Nesse item, este estudo mostrou estar em desacordo com a pesquisa de Ximenes e Sampaio (2007), visto que, naquela, 100% dos gerentes entrevistados eram formados em enfermagem e, também, diferenciou dos resultados obtidos por Alves, Penna e Brito (2004), onde 49,15% eram enfermeiros e 13,57%, dentistas.

No quesito experiência profissional anterior, oito deles (44,44%) relataram que já haviam trabalhado em empresas particulares e em outros cargos municipais, cinco (27,78%) trabalharam apenas em empresas particulares, dois (11,11%) atuaram em outros cargos na Prefeitura, dois (11,11%) trabalharam em outras instituições públicas, e um (5,56%) trabalhou em empresa particular e em outro cargo público.

Para que a gestão da UBS atenda às necessidades da população-alvo, é necessário que seu gerente tenha habilidades e experiências profissionais anteriores em cargos semelhantes (DA SILVA, 2012). Como oito gerentes (44,44%) relataram já ter trabalhado em empresas privadas e em outros cargos da Prefeitura, pode-se esperar que eles cambiem melhor os conhecimentos anteriores com a atual metodologia de trabalho, enriquecendo ainda mais seu trabalho na equipe da UBS e proporcionando uma ampliação dos horizontes gerenciais.

Vale ressaltar ainda que 14 dos gerentes (77,78%) eram formados em cursos da área da saúde, significando que a grande maioria teve sua formação direcionada para a área de atuação do gerente da UBS, possibilitando a ele ter maior conhecimento das necessidades em saúde e ter desenvolvido habilidades específicas que são rotineiramente utilizadas na APS. De acordo com Da Silva (2012), conhecimento e habilidade são qualidades essenciais para a função gerencial.

Quando foram questionados sobre o tempo de atuação no cargo atual de gerente da Unidade, 12 gerentes (66,66%) mencionaram estar no cargo de duas semanas a um ano, quatro (22,22%) ocupavam o cargo por um período de um a cinco anos, um (5,56%) de cinco a 10 anos, e um (5,56%) estava atuando na mesma Unidade há mais de 10 anos. O tempo médio de atuação na atual Unidade teve média de dois anos e nove meses, variando de duas semanas a 15 anos.

O tempo de atuação junto a uma mesma equipe interfere diretamente em como será conduzido o trabalho, visto que ele é diretamente proporcional ao conhecimento individual de como cada funcionário da equipe trabalha e ao nível de

conhecimento de cada um sobre as necessidades do ambiente de trabalho. Esse conhecimento da equipe auxilia na flexibilização do trabalho a ser desenvolvido, na estruturação de capacitações e organização do trabalho (FERREIRA, 2011). Na pesquisa atual, a maioria dos gerentes estava há pouco tempo na Unidade, mostrando que esse processo de construção de vínculos com a equipe e de conhecimento dos funcionários ainda estava em constituição. O pouco tempo no cargo pode ser justificado pela mudança de governo municipal, em decorrência da eleição ocorrida no ano de 2012, e conseqüente alteração no quadro de gerentes das Unidades. É oportuno destacar que os gerentes são nomeados pelo secretário de saúde do município.

6.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA VISÃO DOS GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para alcançar o objetivo de conhecer a percepção dos gerentes das UBSs sobre a PNH, foi questionado o que eles sabiam sobre essa política. A partir dos relatos obtidos, foram identificadas as unidades de registro que constituíram a categoria: A Política Nacional de Humanização na visão dos gerentes da Atenção Primária à Saúde. Esta foi reagrupada em três subcategorias denominadas:

- Percepção dos gerentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre a PNH: (in)compreensão conceitual
- Implementação da PNH: uma ação coletiva
- Benefícios da implementação da PNH

6.2.1 Percepção dos gerentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre a PNH: (in)compreensão conceitual

Pode-se perceber, a partir dos depoimentos, que a grande maioria dos gerentes tinha um conhecimento limitado a respeito da PNH. Enquanto alguns relataram que não tinham conhecimento algum sobre a política, outros usaram um conceito pessoal de humanização como sinônimo da PNH. As falas, a seguir, ilustram a falta de conhecimento sobre a política:

Assim... (silêncio), é eu... (silêncio), no momento não saberia te responder.
P10

A gente precisa sempre acolher, saber... (silêncio). Ai, não sei falar. P13

Não sei nada sobre essa Política. Nada. P13

É um atendimento mais humano com o paciente. Só que eu não consigo falar. P16

(Silêncio) ...Deixa eu pensar. (silêncio) ...Eu acho que a Política ela se refere a um bom relacionamento, a se voltar mais para o público, os olhos mais para o público, de ter assim, de proporcionar um bem-estar para o pessoal. P17

O uso do termo humanização como sinônimo da PNH gerou e ainda gera muita discussão. Isso se deve, sobretudo, à PNH ser uma política pública estruturada a partir de princípios, diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2010a), o que não corresponderia ao caráter fragmentado e sinônimo de voluntariado expresso pelo conceito de humanização, banalizado nos dias de hoje (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Além disso, o uso do termo humanização para nomear uma política pública poderia inibir o entendimento amplo de todos os objetivos e da metodologia utilizada por uma política de vasto alcance como a PNH (SOUZA; MENDES, 2009).

Simões (2007) atribui ainda a diversidade de conceitos à dificuldade de compreensão da proposta e de toda a estrutura que engloba o conceito de humanização na PNH.

A PNH surgiu a partir da necessidade de se operacionalizar melhor o conceito de humanização, conforme as necessidades do SUS. Para isso, essa política propõe uma mudança no modo tradicional de fazer a gestão das ações em saúde e uma valorização de todos os envolvidos, incluindo-os em todos os processos operados na atenção à saúde (BRASIL, 2010a).

No marco teórico-político precursor da PNH, encontram-se muitos trechos que discorrem sobre o conceito de humanização, e como ela deveria ser entendida no âmbito da assistência à saúde no SUS (BRASIL, 2010a). A partir de então, a humanização deveria ser vista como política que atravessa as diferentes instâncias e influencia uma gama diversa de ações, alterando, por fim, o modo de pensar e agir em saúde por parte dos profissionais, gestores e usuários (BRASIL, 2010a; SOUZA; MENDES, 2009).

Vale ressaltar que o conceito de humanização da assistência à saúde, apresentado pelos gerentes da APS nesta pesquisa, foi uma forma de ilustrar a

maneira pela qual eles percebem esse tema. Pelas narrativas, pode-se observar que a política não era compreendida em sua totalidade. Muitos relacionavam algumas atitudes como sinônimo de humanização, como o ato de acolher o usuário, tratá-lo com empatia e ética, como se pode perceber a seguir:

Se você for pegar uma pessoa que chega com um problema, você tem que acolher bem a informação, eu posso olhar, posso ver, senta aqui, você está dando o quê? Você está dando acolhimento, você está dando atenção. P1

Basicamente, é prestar o bom atendimento ao usuário de forma humanizada, e dentro dos seus direitos e também dos direitos do servidor. P2

[...] nessa questão de humanização, ela envolve muitas questões e entre elas a principal que é o acolhimento dessas pessoas na Unidade, ter um bom atendimento, tanto na área odontológica, na área de enfermagem, na área médica, e que ele saia satisfeito do atendimento que está sendo prestado a ele [...] P18

Olha, eu sei assim que há uns dois anos e meio atrás, nós tivemos no anfiteatro uma reunião, eles passaram que essa política veio pra gente humanizar o atendimento, para acolher o usuário de forma mais simpática, da forma que ele realmente merece né, sempre com um sorriso, até os recepcionistas fizeram os cursos também, teve capacitação. P4

[...] humanizar, pelo menos a minha visão é essa, a partir do momento que você chega a uma recepção “Boa Tarde” é um cumprimento, um aperto de mão, de um olho no olho, de um olhar o ser humano como um ser holístico. Então isso não justifica a falta de recursos humanos, a falta de equipamentos e materiais né, de você não fazer com que isso ocorra. P8

Essa dificuldade em conceituar de forma ampla a humanização não é algo que se percebe apenas nesta pesquisa, na literatura atual verifica-se que a definição de humanização também é motivo de inquietação (SIMÕES et al., 2007).

Em tempos hodiernos, a humanização está presente em diversas áreas como a saúde, economia, administração, entre outras. Na saúde, o conceito de humanização não é restrito a uma dimensão do atendimento à saúde (KNOBEL; ANDREOLI; ERLICHAMAN, 2008; SOUZA; MOREIRA, 2008), ele engloba desde as práticas de defesa dos direitos humanos e de cidadania (SOUZA; MOREIRA, 2008) até a defesa dos princípios do SUS e dos diferentes sujeitos envolvidos no atendimento à saúde (BRASIL, 2010a).

A necessidade da humanização na saúde torna-se mais evidente visto que as pessoas atendidas estão passando por momentos de sofrimento físico e/ou psicológico. Além disso, de acordo com Souza e Moreira (2008), o atendimento à saúde vem de uma época em que a dor e o sofrimento humano eram abordados de

forma fragmentada e que se evidenciava o fisiológico em detrimento das experiências sociais que envolvem todo o processo de adoecimento. Partindo desse raciocínio, é possível compreender o motivo que levou os gerentes da APS a associar a humanização a um tratamento mais ético e a valorizar atitudes de cidadania dentro do ambiente de atendimento à saúde.

Em poucas falas, pode-se perceber um conceito mais ampliado de humanização, relacionando-a à valorização dos sujeitos envolvidos e da melhoria das condições de trabalho. A humanização do SUS depende de elementos básicos como o incentivo do protagonismo dos sujeitos envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários) e a troca de experiências e de conhecimentos (BRASIL, 2010a).

A PNH é uma política que nós tentamos implementar há muito tempo para defender os usuários e os trabalhadores também, por que os trabalhadores também precisam ser acolhidos. Vai muito além de um salário digno, eles tem que ter condições de trabalho adequadas também para poder acolher o usuário. P7

Tem gente que acha que humanização é só tirar o paciente da fila, deixar os pacientes sentadinhos ali pra consulta, e orientar sobre os bons modos, como se diz assim. A humanização geral na saúde tem muito mais coisa, eu sei que tem. P14

Ter encontrado nos depoimentos de alguns gerentes princípios como esses demonstrou a consciência da dimensão que a humanização tem, da necessidade de organizar seu trabalho de forma mais humana e de acordo com as diretrizes preconizadas na PNH, mesmo que eles não tenham conhecimento específico sobre a política.

6.2.2 Implementação da PNH: uma ação coletiva

A PNH evidencia a necessidade de participação de vários atores para compor o cenário ideal onde serão desenvolvidas e implementadas as ações em saúde, baseadas nos princípios dessa política. Especificamente cabe aos gestores, trabalhadores e usuários, em trabalho conjunto, organizarem-se para promover uma melhor atenção à saúde, mais adequada à realidade e mais satisfatória para todos (BRASIL, 2010a). Nas falas dos gerentes, foi demonstrada a importância do agir coletivo como, por exemplo:

Agora, eu sozinho não faço verão, você com o mestrado não faz verão, o secretário sozinho não dá conta porque tem que ter apoio. Todos os secretários de saúde têm esse interesse, é uma luta deles, é uma luta, uma guerra, por que todos querem isso, até o funcionário público. P1

Então hoje depende do prefeito, do secretário de saúde, a nível central para que isso ocorra, né. E assim, nós também, na condição de gerente, isso é um dever nosso de fazer com que isso ocorra aqui na ponta. P 8

[...] existe a intenção por parte principalmente da Secretaria de Saúde, existe inclusive a solicitação de a gente estar adequando isso. P 15

A criação de vínculos entre os três pilares da atenção à saúde possibilita uma maior corresponsabilização na gestão e uma maior autonomia de todos. A troca de conhecimentos é uma das apostas da PNH, por meio da valorização dos saberes e opiniões de cada um, com o objetivo de atender melhor às expectativas e sanar as necessidades de todos (SANTOS-FILHO, 2007; BRASIL, 2010c).

Além do vínculo, é necessária também uma mobilização por parte dos envolvidos, como refere Santos-Filho (2007), para que as transformações advindas da implementação da humanização sejam possíveis. Quando os sujeitos se envolvem nesse processo, as mudanças individuais e da realidade geram benefícios notáveis, duradouros e aplicáveis não só no âmbito do trabalho em saúde, mas no dia a dia da pessoa também.

6.2.3 Benefícios da implementação da PNH

Nas falas dos gerentes das UBSs, quando questionados acerca da sua percepção sobre a PNH, alguns reconheceram os benefícios da implementação, parcial ou total, de algumas ações em seu ambiente de trabalho. Vale ressaltar a fala de um desses gerentes:

Então, eu observei que logo que a gente começou, que passaram pras recepcionistas, pra nós gerentes mesmos sobre o atendimento mais humanizado né, que é acolher o usuário desde a hora que ele entra na porta da Unidade, eu percebi que melhorou muita coisa, porque o usuário, se ele vem aqui ele não vem porque ele está passeando, ele vem por que ele precisa. P4

E outra coisa que eu percebi, foi que desde que foi implantado, teve muito mais elogio do que crítica. P4

De acordo com as falas dos gerentes, os benefícios da implementação da PNH foram: a formação da população a respeito do fluxo e das finalidades da APS.

Além disso, eles também perceberam que os elogios à dinâmica de atendimento aumentaram desde que os princípios dessa política começaram a ser implementados.

Na PNH, foram descritos os resultados esperados com a sua implementação, dentre eles podem ser citadas a ampliação do acesso, a atenção integral ao usuário do sistema público e as atividades de valorização do trabalhador (BRASIL, 2010a). Os dispositivos advindos da política têm como objetivo incluir todos, de maneira transversal, para alterar as práticas de atenção e de gestão. Com isso, a atenção à saúde ficará mais específica para a realidade à qual se destina, articulada de acordo com as necessidades e disponibilidades de todos.

Independente dos dispositivos estarem ou não implementados de forma integral e completa, a mudança de atitude consequente do comprometimento de todos os envolvidos no atendimento à saúde já pode gerar benefícios visíveis, vínculos sólidos e, conseqüentemente, melhoria no atendimento à saúde da população.

6.3 FATORES QUE INFLUENCIAM NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para alcançar o objetivo de identificar fatores que influenciam na implementação da PNH nas UBSs, os gerentes foram questionados sobre sua percepção a respeito da implementação dessa política no município e na Unidade na qual atuavam. Foram identificadas unidades de registro referentes aos fatores considerados como dificultadores e como facilitadores da implementação da PNH, que deram origem à categoria: Fatores que influenciam na implementação da Política Nacional de Humanização na Atenção Primária à Saúde.

Na subcategoria Fatores dificultadores destacaram-se os temas:

- Falta de informação e de envolvimento dos usuários
- Sobrecarga dos trabalhadores em saúde
- Perfil dos trabalhadores em saúde

Já na subcategoria Fatores facilitadores foram evidenciados:

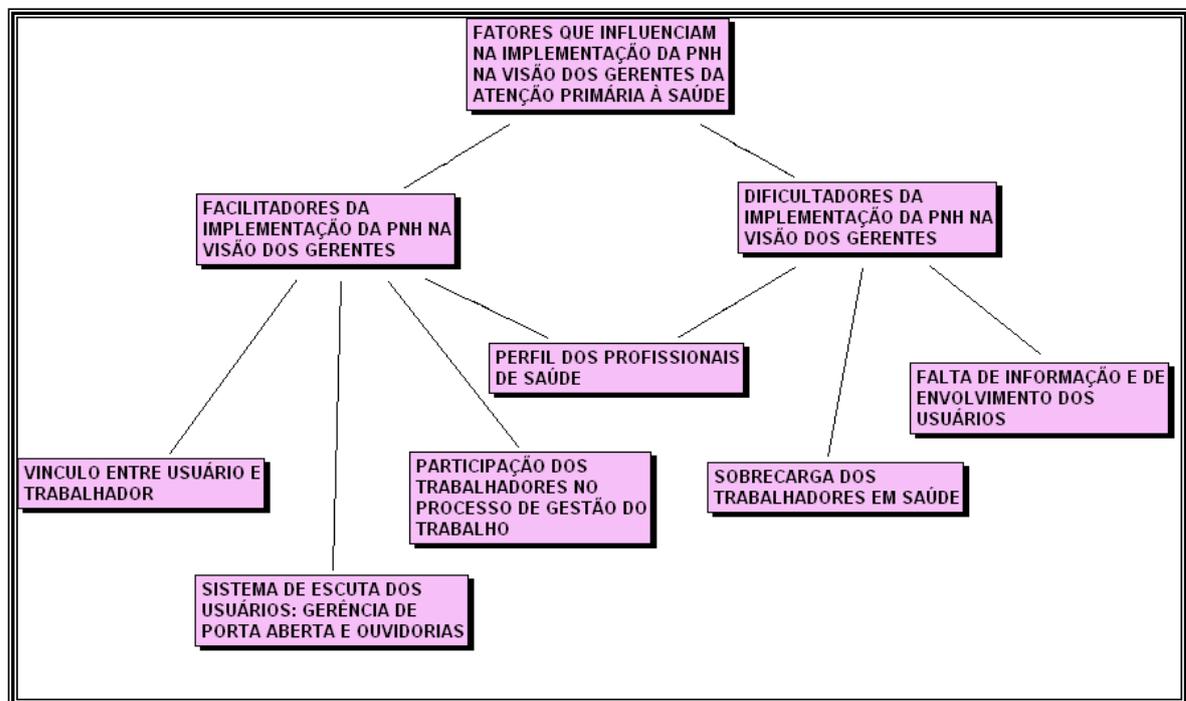
- Sistema resolutivo de escuta dos usuários
- Participação dos trabalhadores no processo de gestão do trabalho

- Vínculo entre usuário e trabalhador
- Perfil dos trabalhadores em saúde

É oportuno esclarecer que o perfil dos trabalhadores em saúde, a depender das características pessoais e profissionais apresentadas, ora foi considerado como dificultador, ora como facilitador pelos entrevistados.

A relação entre as subcategorias é ilustrada na Figura 4.

Figura 4 – Rede de relacionamentos entre os fatores que influenciam na implementação da PNH na visão dos gerentes da Atenção Primária à Saúde de Uberaba-MG, 2013.



Fonte: Da pesquisadora, 2013.

6.3.1 Fatores dificultadores

6.3.1.1 Falta de informação e de envolvimento dos usuários

A participação social, que hoje é um princípio norteador do SUS (BRASIL, 2009b), foi regulamentada e melhor estruturada para auxiliar na atenção e na gestão à saúde, ainda no ano de 1990 (BRASIL, 1990). A democratização da saúde, advinda da maior participação popular, possibilitou a inserção da população em todas as instâncias dos processos em saúde, o que, de acordo com Cohn (2009) e

Coelho (2012), proporcionou um melhor ajustamento entre as políticas públicas e a realidade de saúde da população e, ainda, de acordo com Fonseca et al. (2012), reorganizou o modelo de atenção à saúde praticado atualmente.

A participação da comunidade, além de ser um dos princípios do SUS, auxilia também a tornar outro princípio possível, o da equidade. As ações de saúde que são construídas de forma participativa envolvem todos na produção da saúde e possibilitam o exercício do direito de cidadania, dentre outros direitos sociais (BRASIL, 2009b; COELHO, 2012).

A Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990) discorre a respeito da criação de Conselhos de Saúde e de Conferências de Saúde como ferramentas de articulação entre os gestores e a população. Infelizmente, como ressalta Coelho (2012), essa é a forma considerada mais importante da participação popular na gestão. Para que o princípio da participação popular efetivamente seja um mecanismo democratizador da gestão em saúde e, conseqüentemente, essencial para a correta implementação da PNH, são necessários outros instrumentos para inserir a população nesse processo, como iniciativas individuais e de corresponsabilização nas ações em saúde.

Vários elementos são necessários para solidificar a participação popular, como a perfeita comunicação entre os atores envolvidos e a informação em saúde (COELHO, 2012). Apesar de já terem se passado muitos anos, desde a implementação do SUS, a garantia da efetivação desse direito ainda encontra várias barreiras para poder ser efetivamente exercitado.

Nas falas dos gerentes das UBSs de Uberaba-MG, a falta de informação foi considerada um fator dificultador para a implementação da PNH. Seguem as falas mais relevantes:

No município, eu acho que é a falta de funcionários e a falta de informação também. Porque muita gente que vem aqui procurando nosso serviço, mas não entende como é o funcionamento do serviço. Eles já chegam, por exemplo, um pronto-atendimento, sendo que aqui são só consultas agendadas e o pessoal não entende. Acho que falta informação. P5

O que dificulta é a falta de conhecimento dos usuários do próprio SUS e das políticas de saúde. Precisa informar a população do que é essa Política e sobre o próprio SUS, porque a partir daí todos saberão seus direitos e deveres. P7

Nessas falas, pode-se perceber a referência à falta de informação da população, tanto em relação ao fluxo de atendimento em saúde como das próprias políticas públicas. Na literatura, diversos estudos corroboram a opinião dos gerentes de que a população brasileira não tem muita informação sobre seus direitos, deveres e, principalmente, sobre a importância de sua participação na gestão em saúde (BACKES, 2009; SANTOS, 2011; SHIMIZU et al., 2013).

Na pesquisa de Fonseca et al. (2012), os usuários relacionam o conceito de SUS ao cartão nacional de saúde e, na de Martins (2011), apenas 9,6% descreveram o SUS como sistema universal de saúde. Em ambas as pesquisas, o SUS foi relacionado apenas à atenção à saúde das pessoas que não tinham condições financeiras de custear seu tratamento de saúde (MARTINS, 2011; FONSECA et al., 2012).

A consequência imediata dessa falta de conhecimento é um *déficit* na estruturação, avaliação e implementação das políticas de atenção à saúde integral da população (COELHO, 2012; FONSECA et al., 2012). A educação em saúde (COELHO, 2012) e o exercício de compreensão dos problemas em saúde (FONSECA et al., 2012) são mecanismos promissores para resolver esse entrave, uma vez que auxiliam na luta pelos direitos sociais com ênfase na saúde, além de envolver a população cada vez mais com as UBSs.

Além da falta de conhecimento, também foi citada pelos gerentes a falta de envolvimento da população com a UBS, como segue:

A comunidade tem que participar, não é só cobrar. Vamos trabalhar juntos, fazer uma parceria e aprender a fazer uma reivindicação. P1

[...] até o ano passado a gente teve grupos, a gente fez esse tipo de atividade, mas não teve muita adesão. O que a gente fazia: eu conseguia o som, o lanche e a gente fazia o forro do hiperdia. Só que era toda sexta-feira à tarde, então assim iam poucas pessoas, estavam indo oito, nove. P4

[...] tenho certeza que isso é importante, a própria população do bairro ocupar esse espaço, por que aí eles, de acordo com a Lei 8080, 8142, onde está implementado né a questão dos Conselhos, deles trabalharem né, por que é aqui que começa, no local, no distrital, no municipal que vai pro Estado, que vai até Brasília pra poder gerar a voz do povo: o que é que está difícil, o que eu preciso pra que melhore, pra poder as autoridades trabalhar em prol de que aconteça ou não. P8

A falta de mobilização popular está intimamente ligada a pouca consciência política dos usuários (BRASIL, 2009b; COELHO, 2012) o que, conseqüentemente,

dificulta a defesa do bem comum da população (AMORIM, 2012). O comprometimento com a própria saúde, e, por conseguinte, com a saúde de todos, é um exercício que deve ser feito rotineiramente nos serviços de saúde (BRASIL, 2009b), de forma que seja naturalmente incorporado à rotina da pessoa e de sua família.

6.3.1.2 Sobrecarga dos trabalhadores em saúde

De acordo com Fontana (2012) e Brasil (2010b), as condições de trabalho dos profissionais prejudicam a efetivação das práticas humanizadas, e no relato dos gerentes pode-se observar a referência à falta de funcionários como um dos fatores complicadores da implementação da humanização, como segue:

[...] está havendo uma evasão de profissional e pra você recompor é muito doloroso; porque vai fazer concurso na secretaria de saúde, antes chovia de gente, hoje já não é mais assim. P1

O médico vai tirar férias, nossa senhora, aí o mundo vai acabar. Mas se você não parar a máquina ela não volta. O enfermeiro trabalha demais é serviço o dia inteiro, se ele não descansar um pouco, sair, a pessoa começa a não produzir aí vai criar o quê: insatisfação. P1

O que dificulta muito às vezes é os médicos né, a falta de médicos. P10

O que dificulta mais hoje são os recursos humanos. São poucos entendeu. Então isso dificulta bastante no geral, não estou falando especificamente não, não só médico não, falo geral. Desde uma menina da recepção, a menina da limpeza. P14

No exposto pelos gerentes, uma das causas mais citadas para a sobrecarga de trabalho dos profissionais na APS é a falta de funcionários. Essa mesma preocupação é encontrada na literatura (CONILL, 2008; GALLAS; FONTANA, 2010; VIEIRA; KURCGANT, 2010; CAMILO et al., 2012; SANTOS FILHO, 2012; DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013) com outras possíveis causas do excesso de trabalho para cada profissional, como: falta de materiais (GALLAS; FONTANA, 2010; CAMILO et al., 2012; SANTOS-FILHO, 2012) e a área física inadequada (GALLAS; FONTANA, 2010; SILVA et al., 2011; CAMILO et al., 2012, SANTOS-FILHO, 2012; DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013).

O tempo que o profissional dedica a cada usuário é imprescindível para que o atendimento seja de qualidade e focado nas necessidades pessoais do cidadão,

pois apenas com uma maior dedicação à população, o profissional de saúde conseguirá fazer o elo entre o conhecimento científico e a realidade atendida.

Outra ocorrência relevante encontrada é citada no trecho a seguir:

Então assim, hoje é...tá mais difícil, a demanda está sufocando a gente. A gente está fazendo dentro do possível. Quem dera que a gente pudesse ter lá na frente, uma assistente social dando uma palestra lá, ou todo dia ser um profissional diferente. Mas não. A assistente social chega aqui, se a gente tivesse né, mas quando a gente tinha chegava aqui já tinha que sentar. Chegava a fisioterapeuta, pra poder falar alguma coisa ali na frente, fazer algum exercício com o pessoal, mas ela não tem tempo, ela já tem que sair. P14

Esse trecho entra em conformidade com relatos encontrados na literatura que apontam outro fator preditivo para o excesso de serviço dos profissionais de saúde: a inadequada composição das equipes. Conforme Conill (2008), a equipe da ESF enfrenta problemas em oferecer um atendimento com uma variedade maior de profissionais.

Quanto maior a quantidade de profissionais envolvidos no atendimento básico à saúde mais favorável será a troca de experiências e conhecimentos entre eles, possibilitando a implementação de diretrizes da PNH, como a atenção integral ao usuário e a criação de um ambiente mais receptivo e resolutivo para ele (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009; FONTANA, 2012; MAIA et al., 2013).

Como consequência da rotina de trabalho sobrecarregada, podem-se citar a maior exposição a acidentes ocupacionais (GALLAS; FONTANA, 2010), as alterações psicológicas e comportamentais (SANTOS et al., 2010; SILVA et al., 2011; SANTOS-FILHO, 2012; DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013), o aumento dos atendimentos em unidades de pronto-socorro (CACCIA-BAVA et al., 2011) e o desvio de funções (MOTTA, 2011; SOUZA, 2011). O desdobramento de cada uma dessas consequências pode chegar a comprometer a qualidade da atenção à saúde prestada ao usuário (SANTOS-FILHO, 2012; DUARTE; PARCIANELLO, 2013).

As condições de saúde do trabalhador é uma preocupação antiga, visto que o número de lesões decorrentes das deficientes condições de trabalho, os salários indignos e os esforços sobre-humanos foram se tornando cada vez maiores (SILVA, 2011), o que gerou diversas consequências, inclusive na qualidade da assistência à saúde (DUARTE, 2013).

Em 2004, foi estabelecida a legislação para o dimensionamento de profissionais de enfermagem. A mesma regulamenta que a quantidade de profissionais de enfermagem deve ser baseada no porte do serviço, tipo de assistência prestada e à necessidade da população atendida (BRASIL, 2013b). Essas regras são regulamentadas para a equipe de enfermagem, porém seus princípios são aplicáveis a todas as categorias profissionais que atendem às demandas de saúde com o objetivo principal de evitar a sobrecarga de trabalho e garantir uma atenção integral à saúde da população.

Nesta pesquisa, também foram encontrados relatos que corroboram a literatura. Vale ressaltar a de um gerente em especial:

Às vezes não é a saúde que contrata, é a administração que faz a tramitação junto com o governo e vai tempo, um mês, dois meses, três meses, depende do caso específico. E enquanto isso nós? Aí nós temos que tirar o palhaço do picadeiro e colocar o malabarista. Aí você tira o malabarista e tem que pegar o que para dar suporte no picadeiro? [...] Por exemplo, essa moça que conversou com você ela é técnica de enfermagem, ela trabalha aqui na Unidade, ela trabalha à noite na Prefeitura fazendo 12 por 36 e faz plantão na UPA da Leopoldino. Agora te pergunto: fisicamente, como que ela está? E Mentalmente? P1

Para minimizar a sobrecarga de trabalho, opções como a melhoria ou adequação das condições de trabalho (SILVA, 2011; FONTANA, 2012; DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013) e o correto dimensionamento de profissionais (VIEIRA; KURCGANT, 2010) podem ser uma alternativa. Assim, a possibilidade de proporcionar, naturalmente, satisfação no trabalho dos funcionários é maior e se refletirá diretamente no atendimento (FONTANA, 2012).

Um dos prejuízos imediatos da sobrecarga dos profissionais é a ausência de ações humanizadoras e de pouco comprometimento com as políticas públicas (FONTANA, 2012). No relato do gerente P1, o mesmo teve a percepção dos prejuízos que essa sobrecarga pode acarretar na implementação de rotinas humanizadas.

Pensou se tivesse quatro de você na frente daquele menino, ou cinco pessoas esperando para serem atendidas e ele tem que atender uma de cada vez, aí toca o telefone, aí chega uma pessoa e fala com ele. Como vai ser o tratamento dele? Então essa política de humanização, eu estou falando do meu vértice, como que eu vou gerir uma humanização se a realidade do meu funcionário não é o reflexo da proposta? P1

A rotina de atendimento à saúde na atenção primária é intensa e necessita de constantes adaptações e da criação de estratégias inovadoras não só para aumentar a adesão às estratégias propostas pelas UBSs, como para impulsionar o comprometimento de todos os envolvidos nesse processo.

6.3.1.3 Perfil dos profissionais de saúde

A PNH propõe a reorganização da tradicional maneira de gerenciar e de conduzir as ações em saúde, já ressaltada em outros momentos neste trabalho. De acordo com Souza e Moreira (2008) e Pasche (2009), os avanços dessa nova organização na atenção à saúde são inibidos pela dificuldade de incorporar, no processo de trabalho em saúde, atitudes pessoais que não sejam mais vinculadas ao antigo modelo de atenção que era centrado na figura do médico e em ações curativas.

O novo modelo de assistência em saúde estimula o cuidado integral à saúde do usuário, unindo o conhecimento técnico e científico com ações de promoção e prevenção de agravos em saúde (MATTOS, 2009; BRASIL, 2011b). Para que esse tipo de cuidado se efetive, é necessário que o profissional seja capaz de trabalhar em conjunto com todos da equipe multidisciplinar (BRASIL, 2011b) e que seja flexível para se adequar de acordo com a condição e a necessidade da população atendida (ANJOS, 2009).

Na literatura, encontram-se relatos de dificuldades pessoais dos trabalhadores em saúde em agir de acordo com esse atual modelo de atenção à saúde (SIMÕES et al., 2007; BRASIL, 2009d; MARCON; BARATIERI, 2012), o que prejudica a resolutividade dos serviços e a implementação de um atendimento mais humanizado (SIMÕES et al., 2007; FONTANA, 2012), como o preconizado pela PNH. Relatos semelhantes foram encontrados nesta pesquisa, quando os gerentes da APS apontaram alguns comportamentos dos profissionais como dificultadores da implementação da PNH:

Bom, o que eu acho que dificulta são os médicos. A visão que eles têm de PSF, por que eles trabalham sobre produtividade, eles fazem só o que tem que ser feito na produtividade. Atingiu a produtividade, não quer atender mais. Tanto é que sobrecarrega até as UPAs, por que aí vem um paciente aqui com sinusite, tá com uma dor de cabeça, então ele quer ser atendido. Ele não vai ser atendido porque já atendeu os pacientes da agenda do médico e ele não aceita colocar outro, mesmo que ele esteja à toa no

consultório. P11

Quanto à dificuldade ainda existe a dificuldade sim de estar tendo a disponibilidade de recursos e também, principalmente eu acho, de capacitação das pessoas que vão estar fazendo isso, porque ainda se trabalha muito à moda antiga. P15

O servidor tem que estar consciente disso: como que ele vai atender o cliente. E se o servidor não estiver bem preparado, bem treinado, pode dificultar. P18

A inserção de um modelo de atenção à saúde diferente do preexistente exige mobilização de todos os membros da equipe para a adequação do trabalho aos novos moldes propostos, além de cursos de capacitação e de atualização (BRASIL, 2009d).

Em outras falas dos participantes, percebeu-se a alusão ao perfil dos profissionais de saúde e às características pessoais como dificultadores da implementação da PNH:

Às vezes quando ele pessoalmente também não gosta de trabalhar com pessoas, trabalha obrigado. Isso dificulta muito. P2

As pessoas, igual, por exemplo, tem coisas que eu acho que já é da pessoa, entendeu? Um receber bem, o cuidar do outro. Tem muitos profissionais de saúde que não têm isso na cabeça. São aqueles tipos de pessoas que vem: "ah, tem que ganhar meu dinheiro então..." e aí não tem aquele tratamento que eu acho que era o adequado. P3

O mesmo também foi encontrado na literatura, quando se refere à falta de cuidado dos trabalhadores para abordar o usuário e sensibilizá-lo para assumir o seu cuidado em saúde (BRASIL, 2010a). De acordo com Junqueira (2010), o método utilizado pelo profissional, ao abordar o usuário, pode prejudicar a adesão às iniciativas de promoção de saúde e prevenção de doenças que devem ser incentivadas nos dias de hoje.

Iniciativas para a mudança na compreensão da atenção à saúde já vêm sendo feitas, desde a adequação no processo de formação dos profissionais de saúde (MATTOS, 2009; FERRAZ et al., 2011) até a reorganização das relações interpessoais (ANJOS, 2009), para facilitar a articulação entre o saber de todos os envolvidos.

6.3.2 Fatores facilitadores

6.3.2.1 Perfil dos profissionais de saúde

Da mesma forma que determinado perfil dos profissionais de saúde foi considerado como dificultador do processo de implementação da PNH para alguns gerentes, outros relataram que algumas características pessoais favorecem a implementação dos dispositivos da política:

[...] a fala do Dr. (secretário de saúde do município) é muito interessante quando ele diz: quem não gosta de mexer com gente, quem não tem vocação, não entra. Eu acho essa forma dele pensar fantástica, realmente é uma vocação. Se não tem vocação não entra. P1

Ah, o que facilita é quando você tem bons funcionários, que estão aptos, que gostam do trabalho, gostam de trabalhar com pessoas. Isso facilita bastante o processo de atendimento. P2

O trabalho aqui é em equipe, as pessoas que trabalham aqui colaboram para que isso aconteça, mesmo sem estar sabendo bem o que é, agem naturalmente porque já é característica da equipe sabe. P12

Características pessoais como paciência e amorosidade sempre são colocadas em destaque quando se referem ao tratamento adequado no ambiente de saúde. Para Rios (2009), o respeito e a valorização do outro possibilitam um maior comprometimento com a atenção e a gestão da saúde, o que, conseqüentemente, possibilita a implementação dos dispositivos da PNH e a adequação da atenção à saúde prestada com a necessidade da população-alvo (PASCHE, 2009; BRASIL, 2010c).

Vale ressaltar que, de acordo com Souza e Mendes (2009) e Silva, Chernicharo e Ferreira (2011), ter atitudes humanizadas não é sinônimo de atitudes fraternais ou de bondade. Nas falas dos gerentes entrevistados, foi feita a alusão a valores como ética, empenho e cortesia. Para Reis (2010) e Casimiro (2012), tais valores são as bases de um comportamento mais humanizado com o próximo e precursor do princípio de igualdade, tão defendido pelo SUS e pela PNH.

6.3.2.2 Sistema resolutivo de escuta dos usuários

Anteriormente neste trabalho foi citada a importância da participação cidadã no processo de gestão em saúde. A PNH faz referência a essa importância em seus princípios norteadores: “corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção” (BRASIL, 2010a, p.17) e “fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS” (BRASIL, 2010a, p.18). Para que a população possa se envolver nas decisões sobre o setor saúde, foram criados diversos mecanismos como as ouvidorias, os conselhos e as conferências de saúde, por meio dos quais os cidadãos podem levar suas reivindicações e contribuir para a construção de alternativas possíveis de solucioná-las (PASCHE, 2009).

Todas essas formas de participação e controle social entraram em evidência a partir da promulgação da Constituição de 1988. Nove anos depois, foi criado o Disque Saúde que veio a se desdobrar e servir de base para a criação da Política Nacional de Ouvidorias do SUS, em 2002, cujo objetivo já era mais amplo: servir como espaço para tirar dúvidas e fazer reivindicações (THEOPHILO; ALVES, 2013).

Atualmente, a ouvidoria é uma excelente ferramenta de escuta do usuário e também dos trabalhadores, tanto das queixas, como das opiniões e sugestões (BRASIL, 2010a, DE SOUZA et al., 2010). Outra ferramenta importante para o estreitamento dos laços entre os usuários e os serviços de saúde é a gerência de porta aberta (BRASIL, 2010a). Com ela, a recepção do usuário pelos gerentes e gestores é facilitada, e a resolutividade das queixas é mais imediata.

As falas dos gerentes sinalizavam para esses dois últimos tipos de práticas para a inserção do usuário na gestão do serviço de saúde: a ouvidoria e a gerência de porta aberta.

[...] muitas das vezes a pessoa chega, e não que a gente não queira deixar ela passar pra ouvidoria, mas eu me ponho à disposição para ouvir o usuário sempre, entendeu? Aí às vezes ele chega bravo por alguma coisa, quer reclamar, e às vezes a gente já resolve a situação aqui. Porque as pessoas acham que a gente não está disposto a ouvir, quando eles descobrem que tem alguém disposto a ouvir então já resolve, eles já falam, reclamam por aqui mesmo. P3

[...] minha sala é no fundo, só que eu fico aqui na recepção, porque aqui é onde tudo acontece, né. P4

[...] a gente procura absorver a reclamação. Quando a reclamação extrapola além da gente, ela vai pra ouvidoria, que é o serviço de escuta mesmo. Não existe impedimento que procure, muito pelo contrário, a gente até

disponibiliza o telefone da ouvidoria porque o usuário às vezes não fica satisfeito de falar comigo né, aí a gente está disponibilizando pra ele lá na frente. P7

[...] a gente procura estar sempre ouvindo as queixas, soluções, então dentro do possível a gente faz um trabalho nessa área. P9

É sempre aberto para qualquer situação. Não tem um momento específico que vem pra passar os problemas pra mim, não. Mas sempre estamos aberto. Qualquer situação eles passam pra mim, sem problemas. P16

A escuta ao usuário traz consigo inúmeros benefícios, como a construção de políticas em conjunto, usuário, trabalhador e gestor, fortalecendo ainda mais princípios como o da democracia e da cidadania (PASCHE, 2009; DE SOUZA et al., 2010; THEOPHILO; ALVES, 2013). Nas falas descritas, percebe-se a grande importância que é dada às reivindicações da população, uma vez que a maioria dos gerentes se colocou à disposição dos usuários para solucionar qualquer demanda que pudesse acontecer, além do município também ter a ouvidoria instalada e seu número telefônico à disposição de todos.

Dados apresentados por Theophilo e Alves (2013) refletem que a população utiliza cada vez mais esse tipo de serviço e já usufrui seus benefícios. Do total de 10.392 registros da Ouvidoria Geral do SUS no ano de 2011, 41% foram de reclamações e 38% de solicitações. A população de Uberaba-MG tem essa mesma oportunidade, ao ter um espaço livre para poder expressar seus desejos, angústias e ter um *feedback* daquilo que solicita, de modo que seu acolhimento fica mais humano e resolutivo. Corroborando isso, tem-se a seguinte citação:

A ouvidoria é um dispositivo de humanização da saúde porque permite a discussão de processos de trabalho, dos quais emergem os problemas e situações conflituosas que são sintomas, manifestações dos modos de organização do trabalho nos serviços de saúde. Não se trata, desta forma, de um mecanismo de culpabilização ou punição de trabalhadores e gestores, mas de construção de medidas coletivas para o enfrentamento de problemas e situações apontados por usuários e trabalhadores (BRASIL, 2010a, p.36).

6.3.2.3 Participação dos trabalhadores no processo de gestão do trabalho

A PNH estimula o desenvolvimento de diversas atitudes, como já citado. Neste item vale ressaltar as iniciativas que incitam a corresponsabilidade e a participação de todos os trabalhadores na gestão do trabalho, na atenção primária. Cunha e Magajewski (2012) conceituam o trabalho em equipe na gestão do SUS

como sendo resultante da união das necessidades de cada realidade dos atores envolvidos, construída coletivamente, de forma debatida e analisada. Os mesmos autores ressaltam ainda que, como resultado desse processo, têm-se atores ativos e resoluções específicas para cada realidade apresentada.

A mesma atitude é valorizada pelos princípios da PNH, ressaltando ainda que é a partir do comprometimento de todos que se poderá construir uma atenção à saúde mais humana e fortalecida. Características são evidenciadas como primordiais para o sucesso dessa iniciativa, como o comprometimento, a troca de experiências e de saberes de todos os envolvidos (BRASIL, 2009b). Nessa política, encontra-se a seguinte alusão à participação dos trabalhadores no processo de gestão da APS:

[...] incentivo do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersetorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores (BRASIL, 2004b, p. 11).

Para os gerentes entrevistados, a participação dos trabalhadores no processo de gestão foi vista como facilitador da implementação da PNH, além de ter sido evidenciada sua importância.

[...] mas sempre que ocorre uma demanda, alguma coisa que a gente precisa passar pra todos mesmo, a gente reuni assim, de urgência, extraoficial. P4

Nós fizemos um fórum no final do mês atrasado pra falar um pouco sobre nosso trabalho, o que é que feito aqui dentro. É feita várias reuniões, e toda sexta-feira é feita educação continuada e aí a gente aproveita também para falar sobre isso. E assim, eu tenho um fluxo muito bom com eles. P7

[...] as reuniões são imprescindíveis pra gente expor, desde a recepção que é o cartão de visita, começa ali, passa aqui dentro e lá na recepção novamente, todo mundo tem que estar inteirado. P8

[...] eles têm a liberdade de estar chegando na gente e passar, a todo momento o que está acontecendo. E também a gente programa alguma coisa que eles queiram fazer, se eles têm alguma ideia, alguma dificuldade eles passam pra nós, até mesmo pra negociar. No caso a gente fica bem no meio pra negociar entre eles e a Secretaria. P10

O objetivo principal de inserir o trabalhador em saúde nos momentos decisórios da Unidade, além de valorizar sua opinião e democratizar todas as

decisões (SANTOS-FILHO, 2007), implicará na maneira como será conduzida a prestação de serviço ao usuário e ao próprio trabalhador, estando o trabalhador mais próximo da necessidade e das disponibilidades de todos (BRASIL, 2009f).

A prática de realizar a programação de ações em conjunto é um bom exemplo de humanização, uma vez que todos os envolvidos podem ter voz e chegar coletivamente a um resultado final que integre as necessidades, desejos e ideias de cada um. Nos relatos dos gerentes, percebe-se que é dada uma grande abertura aos trabalhadores para terem voz e discutirem suas necessidades com a gerência; porém, a formalização de um momento específico para que isso aconteça pode fortalecer ainda mais esses elos e resultar em melhores frutos.

Vale citar, como exemplo de incentivo à instituição de momentos formais para a gestão compartilhada, além da PNH, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Nele é reafirmada a importância de ações de caráter local e da criação de instrumentos para que essa gestão se fortaleça de forma coletiva, com o objetivo de tornar a atenção à saúde mais eficiente e resolutiva.

6.3.2.4 Vínculo entre usuário e trabalhador

Por fim, ressaltam-se as falas que evidenciavam o vínculo formado entre trabalhador e usuário como facilitador da implementação da PNH. As menções dos gerentes a esse facilitador foram poucas, porém a relevância dessa atitude apontada pela literatura é extensa. Apresenta-se a seguinte definição de vínculo:

No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro [...] o usuário busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2010a, p.70).

A criação de laços fortes com a equipe de saúde é um processo de construção longo que requer empenho, dedicação e resolutividade para ser construído. Para tanto, necessita-se de uma base sólida, pautada na confiança, atendimento de qualidade e de responsabilização das partes (BRASIL, 2009f; JORGE et al., 2011). Além disso, desafios como a mudança no conceito e no cuidado em saúde também são indispensáveis (BRASIL, 2009f).

A facilidade de acesso e o vínculo da população com a Unidade foram ressaltados pelos gerentes de UBS neste trabalho.

[...] aqui como já é uma Unidade antiga, muitos moradores antigos eles mesmos já se sentem acolhidos. Eles já chegam, já tem aquela certa intimidade porque o enfermeiro já está aqui há muito tempo [...] P10

E aqui, por tratar-se de uma comunidade rural é mais fácil você trabalhar, por que o conhecimento que a gente tem com as pessoas facilita esse entendimento, então a gente não tem tanta dificuldade. P18

Com o estabelecimento do vínculo, de acordo com os gerentes entrevistados, o trabalho nas UBSs fica facilitado. Na literatura, podem ser encontrados outros benefícios da formação desse elo, como o desenvolvimento da importância do autocuidado para o usuário (REIS, 2010; JORGE et al., 2011) e a troca de experiências entre trabalhadores e usuários (COELHO; JORGE, 2009). Conseqüentemente, o ambiente de atendimento à saúde da UBS transforma-se em um local familiar (REIS, 2010) com acesso melhorado (COELHO; JORGE, 2009).

Assim, pode-se perceber que o vínculo proporciona um cuidado integral ao usuário, pois ele é inserido e responsabilizado por seu cuidado em saúde (JORGE et al., 2011), princípios esses reafirmados na PNH (BRASIL, 2004b) e que darão uma maior garantia de atendimento humanizado (REIS, 2010).

O cuidado mais humanizado, baseado no conceito da PNH, requer um atendimento à saúde mais holístico, abrangendo o ser humano como um todo, além de torná-lo um ser ativo em todos os processos de saúde, incluindo a gestão. Com o estabelecimento de vínculos entre a população e os trabalhadores, iniciativas participativas poderão ser desenvolvidas com melhor aceitação por parte dos usuários que terão conhecimento maior a respeito de todas as necessidades locais e de como se organizam as formas de atenção à saúde.

6.4 IMPLEMENTAÇÃO DOS DISPOSITIVOS E INDICADORES INERENTES À POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para alcançar o objetivo de averiguar a implementação dos dispositivos e indicadores da PNH, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, foi aplicado o instrumento elaborado com base no documento de monitoramento e avaliação da

PNH na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência (BRASIL, 2009d).

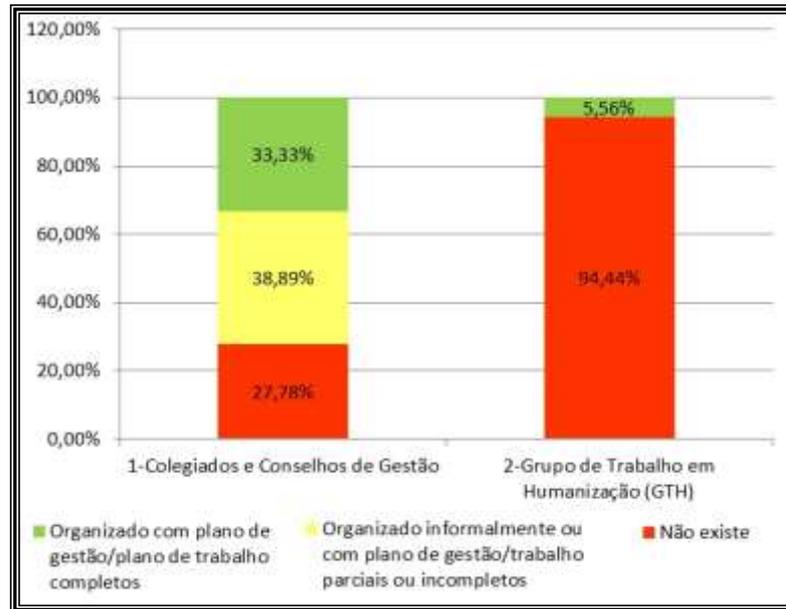
Ele contém oito objetivos, dispositivos associados e indicadores potenciais em cada uma dessas dimensões, conforme já apresentado. De acordo com a resposta dos gerentes, foi assinalada a fase de implementação em que o dispositivo se encontrava, considerando as opções: não existe; organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos; organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos.

A avaliação da implementação da PNH nas UBSs do município de Uberaba-MG não foi restrita apenas à existência ou não do dispositivo, visto que conhecer o desdobramento de cada um deles e sua complexidade são de extrema relevância (SANTOS-FILHO, 2007).

Os resultados obtidos, a partir da aplicação desse instrumento, serão apresentados e discutidos separadamente por objetivos e dispositivos associados. Ressalta-se que, durante a aplicação do instrumento, os gerentes das UBSs espontaneamente comentavam sobre os itens questionados, informando e detalhando a situação em questão. Considerando a riqueza dessas verbalizações, as quais também foram registradas durante a coleta, decidiu-se por incorporá-las oportunamente ao longo da discussão, a fim de ilustrar ou exemplificar a situação dos dispositivos e indicadores nas Unidades.

O objetivo A diz respeito à implementação da gestão descentralizada e participativa, tendo como dispositivos associados: “colegiados e conselhos de gestão” e “grupo de trabalho em humanização” (GTH). Na Figura 5, encontram-se as porcentagens de cada resposta referente ao objetivo A:

Figura 5 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à implementação da gestão descentralizada e participativa, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.



Como se pode perceber, 33,33% dos gerentes relataram que, em sua Unidade, existiam colegiados e conselhos de gestão, organizados formalmente, especificamente o Conselho Local de Saúde. Esse dado reflete que uma parte das UBSs da cidade de Uberaba-MG encontrava-se envolvida com Conselhos Locais de Saúde, o que ilustra a inserção dessas comunidades no processo de gestão da saúde do município.

O Conselho Local de Saúde é um espaço onde a comunidade, trabalhadores e gestores expõem suas necessidades e angústias. Dispositivo esse que vem ao encontro do modelo de gestão proposto na PNH, com ênfase na participação de todos.

É nestes encontros, onde as pessoas conversam, que os problemas podem e devem aparecer, ser analisados e enfrentados. É nestes espaços que se pode construir corresponsabilidade e aumentar o grau de autonomia de cada um (BRASIL, 2009f, p. 15).

O GTH é considerado, também, um mecanismo de gestão participativa e descentralizada, pois tem como objetivo debater as práticas de saúde como um todo para poder aperfeiçoar os serviços prestados e garantir uma maior qualidade.

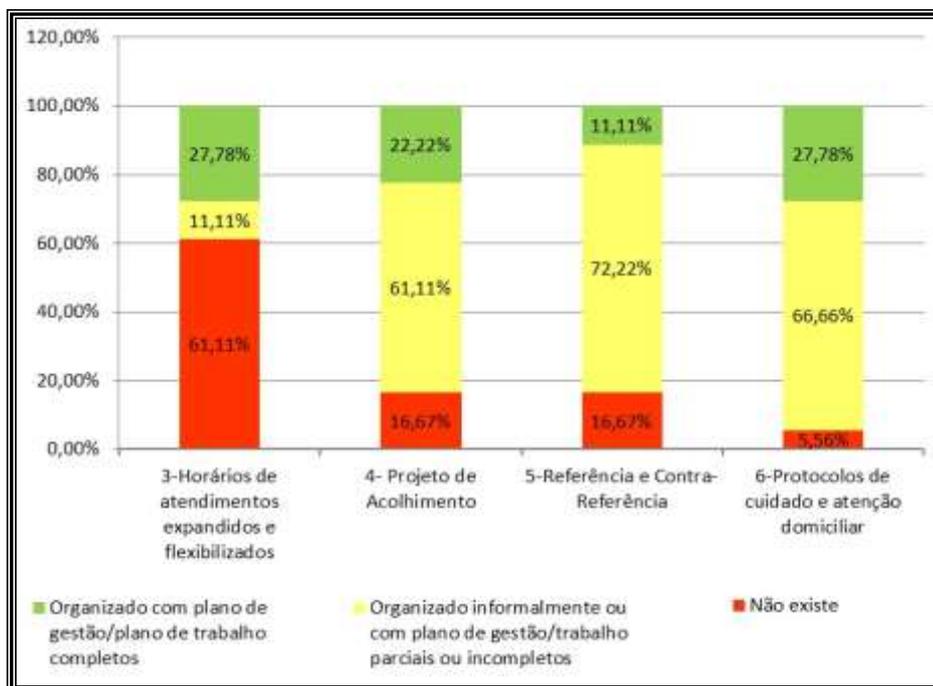
Trata-se de instituir uma “parada” e um “movimento” no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos tenham o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no

funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão (BRASIL, 2008a, p.6).

Como foi demonstrado na Figura 5, apenas um dos gerentes (5,56%) mencionou que existe grupo de trabalho em humanização em sua Unidade; já os demais declararam que não existe esse tipo de estratégia instituída. Infelizmente, esse espaço que muito contribui para a discussão dos princípios da humanização, onde podem ser propostas mudanças na rotina dos atendimentos em saúde e melhoria da comunicação entre todos os envolvidos no atendimento à saúde, não é explorado como poderia.

O objetivo B aborda a ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo, contemplando os seguintes dispositivos: “horários de atendimentos expandidos e flexibilizados”; “projeto de acolhimento, “referência e contrarreferência” e “protocolos de cuidado e atenção domiciliar”. Segue abaixo a Figura 6 que retrata o objetivo B.

Figura 6 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.



Dentre os dispositivos avaliados nesse objetivo, apenas o resultado do item “horários de atendimento expandidos e flexibilizados” diferenciou-se dos demais, uma vez que 61,11% dos gerentes afirmaram que não existe esse tipo de atendimento. Já os demais (projeto de acolhimento, referência e contrarreferência e

protocolo de cuidado e atenção domiciliar) apresentavam-se, em sua maioria, organizados informalmente na Unidade (respectivamente com 61,11%, 72,22% e 66,66%).

Vale ressaltar algumas falas dos gerentes que dizem respeito à referência e à contrarreferência, uma vez que elas apresentam concordância com a literatura encontrada (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011):

Acontece mais é a referência. Infelizmente a gente não tem esse retorno da contrarreferência que seria muito importante. P4

[...] mas na maioria das vezes a gente referencia pra algum serviço e ele não volta como deveria [...] P7

Olha, eu vejo que as pessoas precisam se educar mais nesse sentido. [...] referência e contrarreferência, ela existe, não vou te falar que funciona 100%. P8

Existe a referência, a contrarreferência não muito, quase nunca. P16

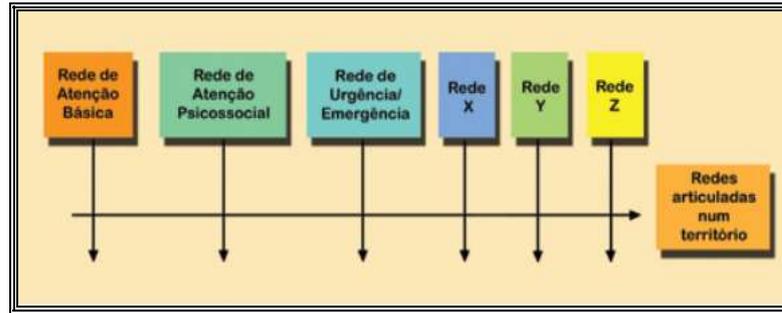
A referência existe sempre, a contrarreferência é mais difícil. P17

A integração da rede e a continuidade do atendimento são preceitos defendidos desde a criação do SUS e evidenciados na PNH (BRASIL, 2009f). Partindo do conceito ampliado de saúde, que foi enunciado na legislação do SUS e defendido desde então, percebeu-se que a atenção à saúde deveria seguir os mesmos passos e se ampliar também. Para que ela possa ser universal e integral (BRASIL, 2009g), as Unidades de Atenção à Saúde, estando elas em qualquer nível de atenção, devem articular-se para dar continuidade e aperfeiçoar todo o atendimento à saúde da população.

Organizar as redes de atenção à saúde de forma resolutiva é um trabalho difícil, visto que necessita da implementação de ferramentas para facilitar a comunicação entre os diferentes serviços e a criação de um canal que permita o acesso facilitado, de acordo com a necessidade e a urgência. Porém, o benefício advindo dessa conquista é um atendimento mais integral e eficiente (BRASIL, 2009g).

Vale ressaltar que essa articulação deve ser feita dentro das Unidades e entre as Unidades, como demonstrado na Figura 7 (BRASIL, 2009g):

Figura 7 - Articulação entre redes especializadas e redes transversais

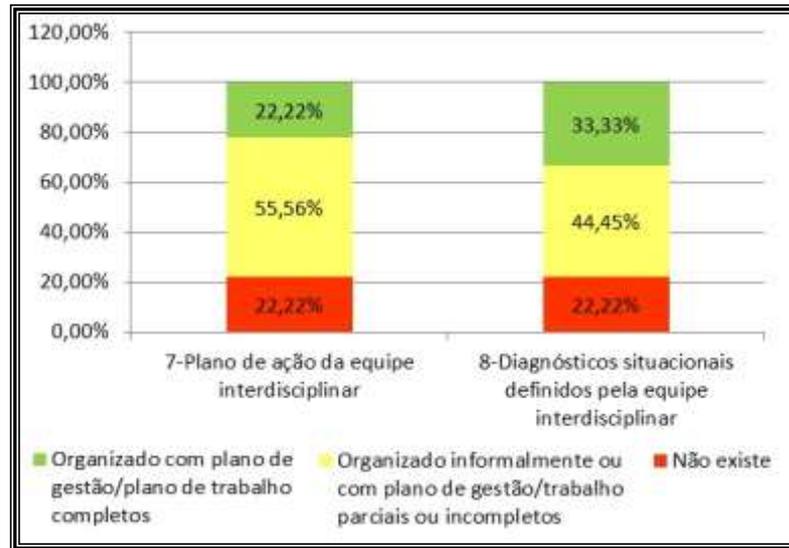


Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009g. p. 10.

Contudo a dificuldade relatada pelos gerentes em ter um retorno da contrarreferência não é algo que se restringe a essa cidade. De acordo com Machado, Colomé e Beck (2011), tal situação se multiplica em várias realidades na APS. Essa falha na organização do sistema colabora com a manutenção do modelo de atenção curativista que políticas como a PNH tentam eliminar.

As equipes multiprofissionais são o foco do objetivo C. Ele contém os dispositivos relacionados à organização da atenção e à oferta de cuidados, a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do trabalho. São eles: “plano de ação da equipe interdisciplinar” e “diagnósticos situacionais definidos pela equipe interdisciplinar”. A seguir, a Figura 8 retrata o objetivo C.

Figura 8 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à organização da atenção e oferta de cuidados, a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do trabalho, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.



Os dois dispositivos desse objetivo obtiveram a maioria das respostas no mesmo item. Segundo os gerentes das UBSs, o plano de ação era feito informalmente pela equipe interdisciplinar em 55,56% das Unidades visitadas, e os diagnósticos situacionais eram definidos pela equipe interdisciplinar em 44,45% delas. Formalmente, 22,22% dos planos de ação da equipe interdisciplinar e 33,33% dos diagnósticos situacionais eram organizados. Somando as porcentagens encontradas em organização formal e em informal obtêm-se 77,78% nos dois dispositivos, demonstrando que o trabalho interdisciplinar era uma iniciativa muito realizada na maioria das UBSs da cidade de Uberaba-MG, independente de como ela era organizada.

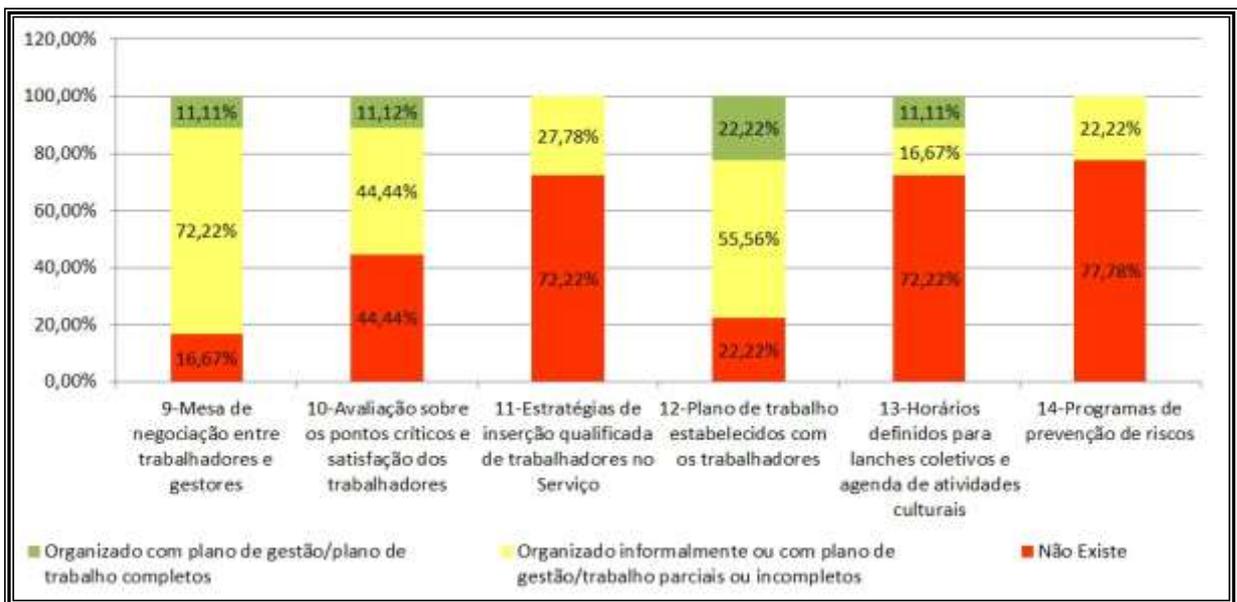
O cuidado quando é realizado de forma interdisciplinar torna-se mais efetivo e, normalmente, obtém uma adesão maior, uma vez que são vários profissionais envolvidos no plano terapêutico e, assim, com vários olhares e diferentes focos. Quando os profissionais estabelecem um diálogo e valorizam a opinião do usuário, possibilitam a articulação das intervenções em saúde, respeitando as especificidades do usuário em questão, suas possibilidades e a realidade onde ele vive. Assim, até mesmo as ações de promoção em saúde serão feitas com um planejamento mais adequado para o cuidado em saúde integral e resolutivo.

Obstáculos como a estrutura, a falta de recursos humanos e materiais e até mesmo falhas na comunicação podem dificultar a construção desse tipo de atendimento. A criação de um projeto terapêutico singular é uma das propostas da PNH para facilitar a organização do atendimento interdisciplinar. Nessa metodologia de assistência, a discussão coletiva das necessidades de saúde amplia as

possibilidades de atuação de cada área e de todas ao mesmo tempo (BRASIL, 2008b).

O objetivo D refere-se à valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho, contendo os seis dispositivos: “mesa de negociação entre trabalhadores e gestores”; “avaliação sobre os pontos críticos e satisfação dos trabalhadores”; “estratégias de inserção qualificada de trabalhadores no serviço”; “planos de trabalho estabelecidos com os trabalhadores”, “horários definidos para lanches coletivos e agenda de atividades culturais” e “programas de prevenção de riscos”. Os dados coletados estão apresentados na Figura 9:

Figura 9 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.



Os dispositivos: “mesa de negociação entre trabalhadores e gestores”, “avaliação sobre os pontos críticos e satisfação dos trabalhadores”, “planos de trabalho estabelecidos com os trabalhadores” e “horários definidos para lanches coletivos e/ou agendas de atividades culturais” apresentaram resultados semelhantes. Nesses dispositivos, a organização formal na Unidade obteve respectivamente as porcentagens: 11,11%, 11,12%, 22,22% e 11,11%.

O relato de um gestor entrevistado corrobora esse resultado:

À medida que surgem as necessidades eles vêm e me procuram. Mas sempre tem uma reuniãozinha para estar vendo a necessidade, ver o que que está acontecendo [...] P12

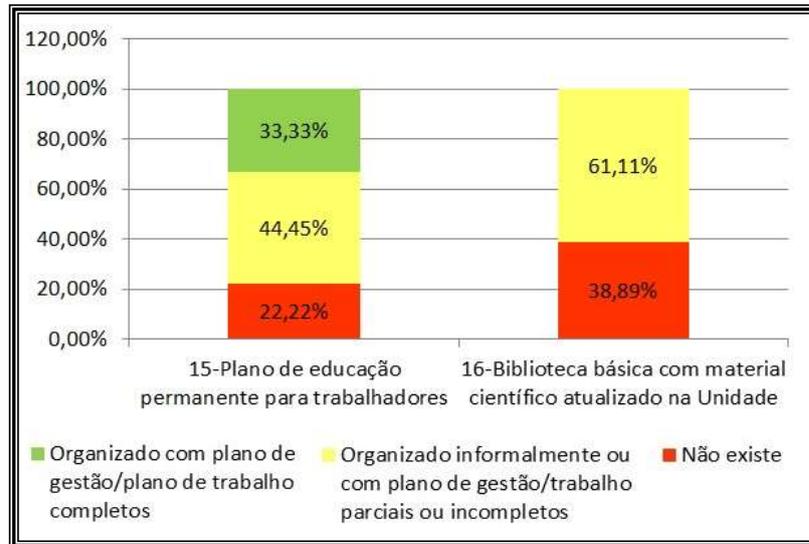
Já os dispositivos: “estratégias de inserção qualificada de trabalhadores no serviço” e “programas de prevenção de riscos”, em sua maioria, não eram organizados na Unidade. Um relato comum a esses dispositivos foi que os mesmos eram organizados formalmente pelo município, e que algumas UBSs também tinham os dispositivos organizados informalmente: estratégias de inserção qualificada de trabalhadores 27,78% e programas de prevenção de riscos 22,22%. Dado esse que mostra a relevância dada pelos gerentes ao tema, porque, além de já ter uma abordagem organizada na Prefeitura, os mesmos faziam algo informal para atender às particularidades em algumas Unidades.

Não existiam horários definidos para lanches coletivos e agenda de atividades culturais em 72,22% das UBSs. Reservar um horário para que os trabalhadores possam mostrar suas habilidades pessoais, ou até mesmo desenvolvê-las, auxiliam na socialização, interação e cumplicidade entre os membros da equipe.

A partir do momento em que o trabalhador consegue ter um espaço no seu local de trabalho onde possa desenvolver suas habilidades, ele se sente com mais autonomia e com a liberdade de poder compartilhar o que necessita com os demais. Esse trabalhador ativo é aquele que a PNH incentiva, um trabalhador inserido na construção de todo o processo de trabalho e que se sinta valorizado (BRASIL, 2008c).

Na sequência, o objetivo E está focado na promoção da educação permanente dos trabalhadores, sendo representado pelos dispositivos: “plano de educação permanente para trabalhadores” e “existência de biblioteca básica com material científico atualizado”. Segue a análise das respostas na Figura 10.

Figura 10 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à promoção da educação permanente dos trabalhadores, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.



Em relação à educação permanente, 44,45% das Unidades organizavam informalmente o seu plano de educação permanente dos trabalhadores. Vale ressaltar que a sua importância vai muito além de uma capacitação ou uma estratégia de educação continuada, ela veio para aliar práticas de ensino e aprendizagem ao dia a dia do trabalhador em saúde, de maneira que a solução do problema possa ser discutida e alcançada no mesmo momento em que ele surge, mediante a interação de todos os profissionais envolvidos. Essa proposta educativa torna o aprendizado mais prazeroso, possibilita a criação de soluções mais adequadas à realidade e estimula a coparticipação de todos (BRASIL, 2009d).

Em relação à organização de uma biblioteca básica com materiais científicos atualizados, 61,11% dos gerentes relataram possuir, em suas Unidades, uma biblioteca informal. Muitos deles informaram que recebem as cartilhas e manuais enviados pela Prefeitura e pelo Ministério da Saúde, porém não dispõem de local apropriado para armazená-los, como retrata a fala a seguir:

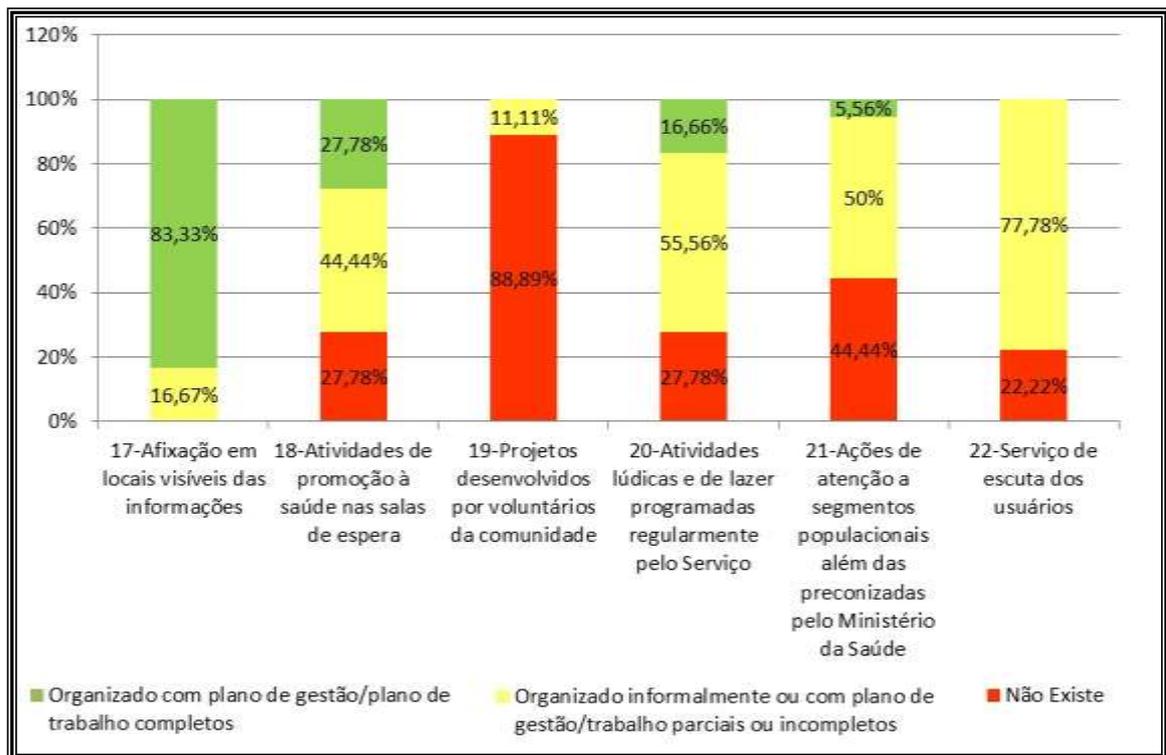
Não temos uma sala própria para a biblioteca. Mas a gente tem vídeos, tem livros do SUS, isso a gente tem. O material a gente tem. P4

A existência de local adequado com disponibilidade de materiais científicos estimula os trabalhadores a procurarem pelas informações na literatura, em caso de dúvidas, e a desenvolverem o hábito de leitura, tão importante na área de saúde. Quando os trabalhadores criam esse hábito, as discussões tornam-se mais ricas,

pautadas em experimentações atuais e possibilitando o planejamento das ações em saúde com maior chance de repercussões positivas.

O objetivo F está relacionado à garantia dos direitos dos usuários, ao controle social e à implementação de ações no âmbito da promoção da saúde, conforme Figura 11. Os dispositivos associados a esse objetivo são: “afixação em locais visíveis das informações”; “atividades de promoção à saúde nas salas de espera”; “projetos desenvolvidos por voluntários da comunidade”; “atividades lúdicas e de lazer programadas regularmente pelo serviço”, “ações de atenção a segmentos populacionais além das preconizadas pelo Ministério da Saúde” e “serviço de escuta dos usuários”.

Figura 11 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à garantia dos direitos dos usuários, controle social e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.



Na maioria das UBSs, segundo os gerentes entrevistados, existia a afixação das informações em locais visíveis, organizada formalmente (83,33%). O mesmo pode ser verificado pela pesquisadora, uma vez que, na recepção dessas Unidades,

estavam afixados horários de funcionamento de todas as atividades desenvolvidas na Unidade, nome e horário dos funcionários, dentre outros detalhes. Atitudes como essa facilitam a organização do fluxo da Unidade e asseguram os direitos dos usuários.

As atividades de promoção à saúde na sala de espera eram organizadas informalmente em 44,44% das Unidades. O momento em que o usuário está esperando para ser atendido na Unidade é uma valiosa oportunidade que, se aproveitada da melhor forma, auxilia na promoção da saúde e na prevenção de agravos, de forma coletiva e participativa.

A maioria das UBSs não participava de projetos desenvolvidos por voluntários da comunidade (88,89%). Seria outro momento que poderia ser aproveitado para o estreitamento do vínculo e para o envolvimento na corresponsabilização da população em seu cuidado em saúde. Poucos gerentes disseram que a Unidade participa de algum projeto, como segue:

[...] nós temos aqui com o vigário da igreja, nós temos um grupo chamado LUM, esses grupos são pessoas idosas que dão palestras, confraternizações, festas sociais [...] P9

Tem sim, um de drogaditos, eles vieram aqui e estamos em parceria com eles. P17

Como já foi citado anteriormente, o vínculo formado entre os usuários e os trabalhadores em saúde é um facilitador da implementação da PNH, pois aproxima as realidades e gera um sentimento de cumplicidade, essencial para a confiança nas ações de saúde e na adesão ao acompanhamento sugerido.

As “atividades lúdicas e de lazer programadas pelo Serviço” eram organizadas de maneira informal em 55,56% das Unidades. A maioria delas era associada a datas comemorativas como Carnaval, Natal e Dia da Mulher, de acordo com relato dos gerentes. As “ações de atenção a segmentos populacionais além das preconizadas pelo Ministério da Saúde” eram realizadas informalmente em 50% das Unidades e em 5,56% com plano de ação completo. Seguem algumas falas em relação a essas ações:

[...] nós temos o grupo de hebiatria, que acontece aqui com a pediatra [...]
nós temos um grupo de adolescente na área da psicologia [...] TO que tem a brinquedoteca que é feito aqui dentro com as crianças, ela produz aquele brinquedo e acaba fazendo doação deles pra creche. P7

[...] grupo de caminhada. P8

[...] lá tem uma feira que é feita lá todo ano, com a participação do servidor da Unidade e tem a Casa das Mulheres, que é um anexo que elas fazem produto de artesanato, doces e a gente desenvolve algumas atividades com elas. P15

No caso a gente tem um grupo da terceira idade, ela é técnica, não seria nem atividade dela, ela conseguiu criar, trabalhar o grupo, tem mais de dez anos que ela trabalha, por ser daqui e ter facilidade com as pessoas esse grupo ficou fortalecido muito tempo. P18

Ações além das preconizadas pelo Ministério da Saúde podem surgir em decorrência de alguma necessidade local da população-alvo. Sendo assim, esse tipo de ação tem aceitação garantida, visto que é planejada sob medida para determinada comunidade, otimizando as ações de prevenção das doenças ou de promoção à saúde.

De acordo com os gerentes, o “serviço de escuta dos usuários” era organizado formalmente apenas pela Prefeitura (72,22%), porém em suas Unidades, a realidade é outra: 77,78% tinham esse dispositivo organizado apenas informalmente, e 22,22% não tinham nada organizado, como mostra a Figura 11. Por meio da ouvidoria, e informalmente em cada Unidade, com o estabelecimento da gerência de portas abertas, como já foi anteriormente citado como facilitador da implementação da PNH.

[...] mas assim, a ouvidoria é o gerente, quando o usuário reclama ele vem direto em mim e o que eu posso fazer eu faço. P2

A primeira queixa deles, eles vêm aqui no gerente. Aí a gente vê caso por caso e se tem como resolver a gente resolve, alguns isoladamente, alguns às vezes não ficam satisfeitos com as informações e relatam pra própria ouvidoria da Prefeitura. P9

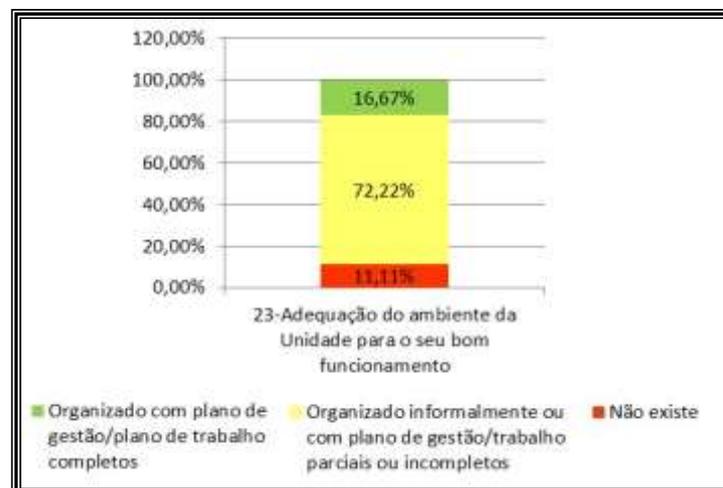
A instituição de uma ouvidoria e o livre acesso à gerência nas Unidades de Saúde possibilitam um retrato instantâneo de todas as necessidades da população, além de garantir um espaço para a população poder levar suas sugestões e elogios.

A ouvidoria é considerada um dispositivo de humanização, uma vez que possibilita a reorganização dos processos de trabalho, mediante a discussão das necessidades apresentadas, sem um caráter punitivo. A partir das questões que são levadas até ela, será possível encaminhar a demanda para os profissionais

responsáveis e analisar como está a dinâmica de trabalho no nível local (BRASIL, 2009b).

O objetivo G relaciona-se à adequação das áreas físicas e à provisão de recursos materiais e insumos da Unidade, com apenas um dispositivo avaliado: “adequação do ambiente da Unidade para o seu bom funcionamento”, conforme mostra a Figura 12.

Figura 12 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com o dispositivo e indicador referente à adequação das áreas físicas e à provisão de recursos materiais e insumos, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.



É preconizado que o ambiente das Unidades de Saúde seja planejado de forma adequada para o atendimento à saúde, com sinalização, acesso facilitado, ambiente confortável para os usuários e trabalhadores, equipamentos adequados ao serviço que será prestado, sala de convívio e/ou reuniões (BRASIL, 2009e; BRASIL, 2010b).

A maioria dos gerentes, 72,22%, respondeu que suas Unidades eram organizadas informalmente e de acordo com a demanda, ou seja, à medida que surge uma necessidade, reformas e adequações são feitas.

[...] nós estamos sempre readequando o espaço físico. E já está programado uma reforma. P1

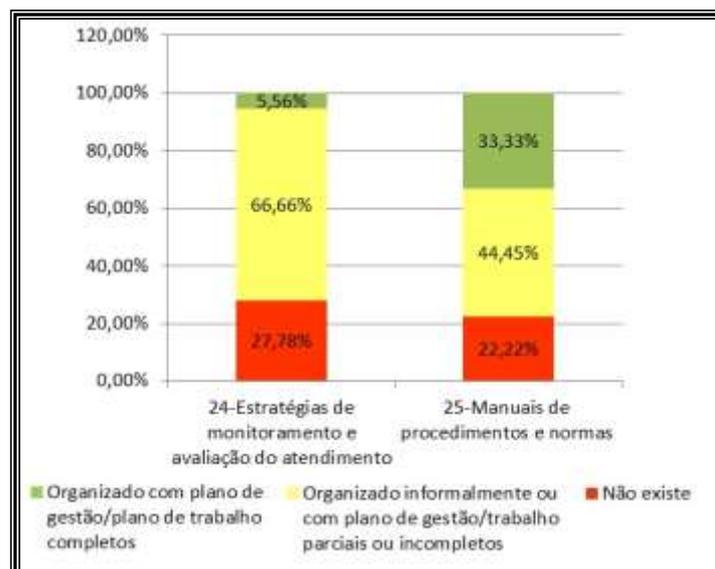
Lá tem essa grande dificuldade que é o deslocamento, não é uma área de aglomeração urbana, então desenvolver atividades coletivas é, em escolas, associações, se não é muito difícil e longe [...] porque além da distância tem a questão do acesso que não é tão simples quando chove, qualidade das

estradas [...] até pelo horário de funcionamento, como é zona rural, tem o horário de tirar leite, o horário de separar as vacas e nem sempre dá certo.
P15

O gerente identificado como P15 é de uma UBS da zona rural. Em sua fala pode-se perceber elementos específicos de sua realidade que representavam desafios ainda maiores para a adequação física de uma Unidade de Atenção à Saúde. Horário de atendimento diferenciado, dificuldade e condições de acesso foram citados pelo gerente. Em realidades como essa, a visão do gerente e dos trabalhadores de saúde dependem da experiência e participação dos usuários, para juntos poderem construir um mecanismo de atendimento à saúde mais adequado.

Finalmente, o objetivo H diz respeito à qualificação e otimização do trabalho, a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação. Os gerentes foram questionados a respeito da implementação dos seguintes dispositivos: “estratégias de monitoramento e avaliação do atendimento” e “manuais de procedimentos e rotinas”, como ilustra a Figura 13.

Figura 13 – Distribuição de frequência das Unidades, de acordo com os dispositivos e indicadores referentes à qualificação e otimização do trabalho, a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.



A constante avaliação do atendimento prestado é a forma mais fidedigna de acompanhar o desenvolvimento, a efetividade das ações e o quanto elas estão conseguindo a adesão da população. Os resultados evidenciaram que o dispositivo

“estratégias de monitoramento e avaliação do atendimento” estava formalmente organizado em apenas 5,56% das Unidades e informalmente em 66,66%, como pode ser ilustrado pelas falas dos gerentes:

Tem, pela própria ouvidoria, o cidadão reclama e a partir dessas reclamações eu comunico ao servidor e tem que melhorar. E à medida que aparece vou tentando resolver. P2

[...] a gente faz na medida que essas reclamações acontecem. P7

As estratégias adotadas para o monitoramento e avaliação do atendimento são as mais diversas possíveis, resultando em fontes de dados relevantes. É importante ressaltar que a avaliação em saúde pode ser feita à luz dos princípios da PNH. Tomando por base essa política, a avaliação deve ser participativa e permear todas as fases dos processos de cuidado em saúde e, ainda, com critérios bem definidos a serem observados (BRASIL, 2009e).

Se a avaliação contemplar esses aspectos, os benefícios advindos irão além do acompanhamento do funcionamento da Unidade, podendo auxiliar na interação da equipe e na capacitação dos profissionais (BRASIL, 2009e; BRASIL, 2009f).

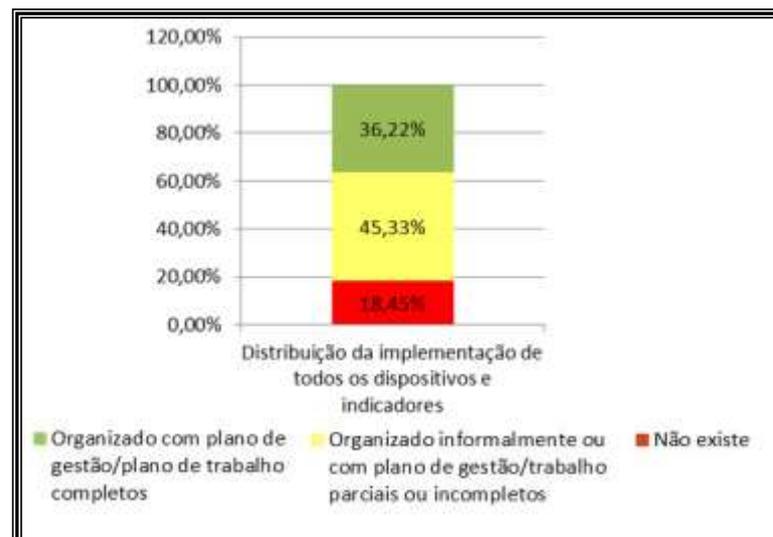
O último questionamento feito aos gerentes foi em relação aos manuais de procedimentos e rotinas. De acordo com as respostas, esse dispositivo existia organizado de modo formal em 33,33% das Unidades e informalmente em 44,45% delas. Ter normativos organizados e arquivados na Unidade permite que todos os profissionais possam realizar o seu trabalho de forma sistematizada e complementar. Além disso, esses arquivos são uma fonte preciosa de informações e atualizações para os profissionais.

O manual de procedimentos e rotinas é um instrumento gerencial das instituições em saúde que possibilita um cuidado padronizado, pautado no rigor científico, servindo também como instrumento educativo. Com a sua implementação, os processos de trabalho ficam mais organizados, e os trabalhadores sentem-se mais seguros para desenvolver suas competências (ALMEIDA et al., 2011).

Santos et al. (2011) ressaltam ainda que a institucionalização dos manuais propicia uma ponte entre os gestores e os trabalhadores, uma vez que respalda legalmente todas as atividades que devem ser desenvolvidas por cada profissional e, conseqüentemente, evita a sobrecarga de trabalho.

Para finalizar a análise dos dados coletados, tem-se a Figura 14 que mostra como estão, de maneira geral, a implementação dos dispositivos e os indicadores da PNH na APS no município de Uberaba. Esse resultado foi obtido por meio da razão entre a somatória das respostas de cada opção de implementação dos dispositivos e indicadores (organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos, organizado informalmente ou com plano de gestão/plano de trabalho parciais ou incompletos e não existe), pelo número máximo de respostas de cada item (18, por ser esse o número de gerentes entrevistados) multiplicado por 25 (número de dispositivos avaliados).

FIGURA 14 – Distribuição de frequência da existência/fase de implementação de todos os dispositivos e indicadores das Unidades, a partir do instrumento de avaliação e monitoramento da implementação da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica, segundo a visão dos gerentes das UBSs. Uberaba/MG, 2013.



Sendo assim, pode-se perceber que os dispositivos encontram-se organizados com plano de trabalho ou de gestão completos (36,22%) ou informalmente (45,33%), nas Unidades de APS do município de Uberaba. Isso demonstra que, apesar de os gerentes das Unidades não conseguirem conceituar de forma completa o que é a PNH, eles estão envolvidos de alguma forma na implementação de seus dispositivos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste ano de 2013, a PNH completa 10 anos de existência, tempo ainda restrito, porém suficiente para suscitar motivações de estudos avaliativos e que provoquem a reflexão sobre seus desafios e avanços.

Criada para colaborar na reorganização do atendimento à saúde no Brasil, a PNH prevê a incorporação de conceitos novos ou já preexistentes às práticas tradicionais em saúde, muitos até então não inseridos nas rotinas dos serviços. A ampliação na compreensão do conceito de humanização, advinda dessa política, também propiciou o debate acerca dos modelos vigentes de atenção e gestão na saúde e instigou a produção científica a respeito do assunto.

Esta pesquisa, cujo objetivo foi compreender e descrever o contexto no qual se opera a PNH, no âmbito da atenção primária à saúde, possibilitou a aproximação da realidade dos serviços e, assim, descortinar um cotidiano permeado por desafios, incertezas, dificuldades, mas também por avanços e benefícios, tendo como referência a ótica dos gerentes das Unidades de Saúde.

A partir dos resultados encontrados, foi possível perceber que os gerentes das UBSs do município de Uberaba-MG conseguiram retratar a realidade vivida na cidade.

No intuito de apreender uma perspectiva subjetiva, inicialmente os gerentes foram questionados sobre o conhecimento que detinham acerca da PNH. Nesse momento, poucos conseguiram expressar um entendimento do propósito ou conceituar a referida política; para outros, a noção sobre a PNH se confunde com a etimologia do termo humanização, relacionando-a simplesmente à ideia de compaixão, tratamento respeitoso ou de proporcionar o bem-estar do cidadão, demonstrando incompreensão e pequena familiaridade com a temática. Outros, ainda, demonstraram nada saber a seu respeito.

Aqueles que apresentavam algum conhecimento sobre o tema, também foram capazes de reconhecer seus benefícios, como a formação da população a respeito do fluxo e das finalidades da APS, além de terem aumentado os elogios à nova dinâmica de atendimento à saúde, desde que os princípios da humanização começaram a ser implementados e, também, de apontar uma de suas mais importantes prerrogativas: imprescindir de uma ação coletiva.

O déficit no conhecimento sobre a PNH pode estar dificultando a operacionalização de seus princípios e dispositivos, sua organização e, até mesmo, restringindo o atendimento à saúde às ainda vigentes metodologias curativistas e de

fragmentação do cuidado, assim como perseverando modelos de gestão centralizadores e verticalizados, com pouca valorização dos trabalhadores.

A percepção que um indivíduo tem em relação a determinado objeto ou fenômeno influencia no modo como o mesmo se comporta ou age diante deste objeto. Considerando o objeto da presente investigação, a PNH, a imprecisão apresentada nos relatos dos gerentes pode denotar uma percepção restrita de uma política que se pretende transversal, abrangente e norteadora do novo modo de produzir saúde no Brasil. Ampliar a percepção e a compreensão do real fundamento e propósito da PNH é condição essencial para a efetiva incorporação de práticas mais humanizadas nos serviços de saúde, muitas das quais já se encontram estabelecidas no arcabouço desta política.

Ao serem indagados sobre sua percepção acerca da implementação da PNH no município e na sua Unidade, os gerentes consideraram aspectos facilitadores e dificultadores. Dentre os dificultadores destacaram: falta de informação e de envolvimento dos usuários, sobrecarga dos trabalhadores em saúde e perfil dos trabalhadores em saúde. Como facilitadores mencionaram: sistema resolutivo de escuta dos usuários; participação dos trabalhadores no processo de gestão do trabalho; vínculo entre usuário e trabalhador e perfil dos trabalhadores em saúde.

Chamou a atenção, e é compreensível, o fato de que o perfil dos trabalhadores em saúde pode influenciar de maneira positiva ou negativa na implementação de uma proposta que vislumbra reorganizar e reorientar as práticas cotidianas, pois requer certa desestabilização de uma zona de conforto conservada pelos profissionais. Dessa forma, apresentar atributos pessoais e profissionais, como habilidade de trabalhar em equipe, boa comunicação, iniciativa, criatividade, gostar do que faz, estar motivado para novas aprendizagens, dentre outros, constitui fator facilitador da efetiva implementação da PNH.

Buscando objetivar e dar concretude à PNH, no segundo momento da entrevista, os gerentes foram questionados exatamente sobre a existência na UBS dos dispositivos que retratam os objetivos da política. Com a especificação dos dispositivos no instrumento de coleta de dados, a maioria referiu tê-los implementados na sua Unidade, de forma estruturada ou mesmo informal.

Sobre a implementação da gestão descentralizada e participativa, verificou-se que 33,33% contavam com Colegiados e Conselhos de Gestão na Unidade; entretanto, apenas 5,56% afirmaram existir Grupo de Trabalho em Humanização.

No que concerne à ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo, observou-se que os horários de atendimentos eram expandidos e flexibilizados em 27,78% das Unidades; havia projeto de acolhimento em 22,22%, 11,11% dispunham de referência e contrarreferência e 27,78% com protocolos de cuidado e atenção domiciliar.

Em relação à organização da atenção e oferta de cuidados, a partir da implementação de equipes multiprofissionais, 22,22% das Unidades tinham plano de ação da equipe interdisciplinar e 33,33% tinham seu diagnóstico situacional definido pela equipe interdisciplinar.

Os dispositivos e indicadores referentes à valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho observaram que, nas Unidades, 11,11% tinham mesa de negociação entre trabalhadores e gestores, 11,11% tinham avaliação sobre os pontos críticos e de satisfação dos trabalhadores, 22,22% tinham seus planos de trabalho estabelecidos com os trabalhadores e 11,11% tinham horários definidos para lanches coletivos e agendas de atividades culturais.

A promoção da educação permanente dos trabalhadores foi evidenciada no dispositivo plano de educação permanente dos trabalhadores, sendo que 33,33% das Unidades o faziam de modo formal.

Sobre a garantia dos direitos dos usuários, controle social e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde, percebeu-se que 83,33% das Unidades tinham afixado em locais visíveis as informações, 27,78% realizavam atividades de promoção à saúde nas salas de espera, 16,66% organizavam atividade lúdicas e de lazer programadas regularmente pela Unidade e 5,56% estabeleciam atividades de atenção a seguimentos populacionais além dos preconizados pelo Ministério da Saúde.

Em relação à adequação das áreas físicas e à provisão de recursos materiais e insumos, percebeu-se que 16,67% das Unidades tinham ambiente adequado para seu bom funcionamento.

E por fim, os dispositivos e indicadores referentes à qualificação e otimização do trabalho, a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação,

observaram que 5,56% tinham estratégias de monitoramento e avaliação do atendimento e 33,33% tinham manuais de procedimentos e normas.

Vale ressaltar que, de maneira geral, 45,33% das Unidades estavam com os dispositivos e indicadores implementados com planos de trabalho ou de gestão informais ou incompletos.

Assim, os resultados deste estudo possibilitaram compreender o contexto da operacionalização da PNH, na atenção primária à saúde, evidenciando que, embora haja incompreensão conceitual e percepções imprecisas sobre a PNH, ao serem listados os seus dispositivos que representam ações concretas, podem ser percebidas várias iniciativas já implantadas e com graus diferentes de implementação, de acordo com a visão dos gerentes entrevistados.

Acredita-se que a ampla discussão sobre a PNH e seus métodos e diretrizes de gestão e de qualificação do atendimento à saúde poderá possibilitar um atendimento mais resolutivo e o planejamento de práticas de saúde mais próximas da realidade e da necessidade do município.

De acordo com Brasil (2010d), a avaliação da implementação da PNH é necessária para verificar se os indicadores, que são as formas representativas dos eixos propostos, estão de alguma forma contribuindo para que os resultados desejados estejam sendo alcançados. Porém, a dificuldade para avaliá-la também é uma realidade, devido às diversas diretrizes e princípios norteadores da PNH, abrangendo itens como a satisfação dos usuários e dos trabalhadores, gestão participativa e o trabalho em equipe.

No Plano Municipal de Saúde da cidade de Uberaba (UBERABA, 2011), a humanização da atenção à saúde é colocada como um dos objetivos de sua execução, abrangendo as práticas de atendimento ao parto, às urgências e ao acolhimento do usuário.

Tendo em vista os aspectos observados, ressalta-se que, por mais que a humanização tenha sido colocada em evidência, é necessária uma discussão mais profunda a respeito de toda sua extensão e de seus reais mecanismos que interferem no atendimento à saúde, colocados pelos princípios e dispositivos da PNH. A luta que todos tiveram até hoje não foi em vão, visto que muitos dispositivos encontram-se implementados ou em implementação; porém, o caminho a percorrer para a qualificação do atendimento à saúde por meio de práticas humanizadas de

atendimento ainda é longo e requer um trabalho em equipe interdisciplinar, dos gestores em saúde e de toda a população brasileira.

É importante elencar algumas limitações deste estudo e recomendações para pesquisas futuras.

Certamente a mais importante limitação refere-se às inúmeras variáveis que envolvem os processos avaliativos e a complexidade da PNH. O estudo limitou-se à análise local das UBSs de um município, com recorte definido para a população estudada (gerentes das UBSs), o que proporcionou apenas a visão de um dos lados do tripé da PNH. Outra limitação foi a incipiente literatura científica com evidências sobre organização e implementação das ações.

Finalmente, recomenda-se a realização de outras investigações que possam colaborar no processo de avaliação da PNH, divulgando experiências exitosas, apontando inconsistências ou, ainda, revisando estratégias e corrigindo rumos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria de Lourdes de et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto & contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, p. 131, 2011.
- ALVES, Marília; PENNA, Cláudia Maria de Mattos; BRITO, Maria José Menezes. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 441-6, 2004.
- AMORIM, Camila Rego et al. PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL NO SUS: ENTRAVES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS. **Revi. APS.**, Juiz de Fora, v. 15, n. 3, 2012.
- ANJOS, Tatiana Coletto dos; DUARTE, Ana Cláudia Garcia de Oliveira. A Educação Física ea estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional; Physical education and the family health strategy: professional development and practice. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. Ed. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.
- BACKES, Dirce Stein et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p 389-94, 2005.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal; Título VIII. Da Ordem Social. Seção II. Da Saúde. Art. 196-200. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão e formação nos processos de trabalho** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 2 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde (BR). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009d. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009f.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde** / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da saúde, 2009g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** : documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. 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: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. CNE/CONEP. **Resolução nº 466/2012**. Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**: informações de saúde. 2010d. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> >. Acesso em: 10 fev. 2013a.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Resolução COFEN nº 293/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. [citado 2013 Set 13b]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_293.pdf

CACCIA-BAVA, Maria do Carmo G. et al. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS; Emergency care or primary care: patient's choices on the national health service. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 347-354, 2011.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. SUS: análises, reflexões e contribuições. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1075-77, 2010.

CAMILO, Cleucimara Aparecida et al. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 82-92, 2012.

CARVALHO, André Luiz Bonifácio et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, Cristina. **A prece maior**. Disponível em: < <http://mais-que-lacos-nos.blogspot.com.br/2012/04/prece-maior.html> >. Acesso em: 11 nov. 2013.
CASIMIRO, Cíntia Freitas. **Política nacional de humanização: concepções presentes nos discursos dos profissionais da saúde**. 2012. 83f. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2012.

CAVALCANTE FILHO, João Batista et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface comum. saúde educ.**, Botucatu, v.13, n.31, p.315-28, 2009.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação; Building social participation on the Brazilian Health System: a constant rethinking that seeks fairness and transformation. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. supl. 1, p. 138-151, 2012.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. Supl 1, p. 1523-1531, 2009.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 25 , n. 7 , p. 1614-9, 2009.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl 1, p. 7-16, 2008.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-33, 2009.

CUNHA, Penha F.; MAGAJEWSKI, Flávio. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS; Participatory management and the recognition of workers: advances in Brazilian's National Health System-SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. supl. 1, p. 71-79, 2012.

DA SILVA, Fernanda Henrique Cardonia. A Atuação dos Enfermeiros como Gestores em Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 67-82, 2012.

DE SOUZA, Raquel Costa R. et al. A Ouvidoria na Administração Hospitalar: um ambiente acolhedor para o usuário do sistema de saúde. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1062-1070, 2010.

DESLANDES, Sueli. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-13, 2004.

DIAS, Elizabeth Costa et al. Desafios para a construção cotidiana da vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador na atenção primária à saúde; Challenges for the daily construction of health environmental and workers health surveillance in primary health care. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2012.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; AVELHANEDA, Joice Carvalho; PARCIANELLO, Rodrigo Ritter. A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 2, 2013.

FERRAZ, Fabiane et al. Integralidade na atenção à saúde e na formação do enfermeiro: análise da literatura. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 155-162, 2011.

FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães. **Estilos de liderança do enfermeiro: construção e validação de instrumento de avaliação**. 2011. 105f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2011.

FONSECA, Gleiciane da Silva et al. Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre o sistema único de saúde no município de Santa Cruz-RN; Perceptions about the Unified Health System among users and health professionals in the city of Santa Cruz-RN. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, Fortaleza, v. 25, n. 4, 2012.

FONTANA, Rosane Teresinha. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 11, n. 1, 2012.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.

GALLAS, Samanta Rauber; FONTANA, Rosane Teresinha. Biossegurança ea enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador; Biosecurity and clinical care nursing: contributions for the promotion of worker's health; Bioseguridad y la enfermería en la atención clínica: contribuciones para promoción de la salud del trabajador. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 786-792, 2010.

GONTIJO, Tarcísio L. et al . Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso: método canguru. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 1, 2010.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; NEVES, Cláudia Abbes Baeta. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. (Org.). **Política Nacional de Humanização: formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p.13-28. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Caderno HumanizaSUS, 1).

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate**. Interface Comunic Saúde Educ., v. 13, supl 1, p. 493-502, 2009.

IBGE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2009**: População. IBGE: Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em: 10 fev. 2013a.

IBGE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Assistência Médica Sanitária 2009**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em: 10 fev. 2013b.

IGNÁCIO, Paula. **Caminhos para a avaliação**: A construção de uma proposta de avaliação de dispositivos que favorecem a diretriz de clínica ampliada da Política Nacional de Humanização na atenção básica. 2011. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.

JESUS, Cristina Santos de; SOUZA, Raimundo; SANTOS, Sandrelesse. O Papel Do Administrador Na Política Da Humanização Hospitalar. **Revista Eletrônica da Faculdade Adventista da Bahia**, Cachoeira, v. 2, n. 1, p. 80-89, 2011.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental–Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia Promotion of Mental Health–Technologies for Care: emotional involvement, reception, co-responsibility and autonomy. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS Labor relations under decentralized health. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

JUSTICIA, Juan Muñoz. **Análisis cualitativo de datos textuales con atlas.ti 5. Versión 3.03**. Universitat Autònoma de Barcelona, 2005. 106p.

KERBER, Nalu Pereira da Costa; KIRCHHOF, Ana Lucia Cardoso; CEZAR-VAZ, Marta Regina. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliar. **Texto & contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, 2008.

KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B. A.; ERLICHMAN, M. R. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008.

LIMA, Marise Fagundes de Souza. **Das práticas espontâneas à “receita” de humanização**: um estudo sobre a implementação da política nacional de humanização em um hospital do rio de janeiro. 2007. 155p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007

MACHADO, Letícia Martins; COLOMÉ, Juliana Silveira; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Estratégia de Saúde da Família eo sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Rev. enferm. UFSM.**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2011.

MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-8, 2009.

MAIA, Danielle Bezerra et al. Atuação interdisciplinar na atenção básica de saúde: a inserção da residência multiprofissional [Performance interdisciplinary in primary health: inserting the multidisciplinary residency. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 103-110, 2013.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nisia Trindade. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1611-13, 2009

MARTINS, Poliana Cardoso et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família Whose is SUS? About the social representation of the users of the Family Health Program. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, 2011.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 6, 2009.

MATTOS, Ruben Araujo. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface comun. saúde, educ.**, Botucatu, v. 13, n. 1, p.771-80, 2009

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-5, 2009.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli lola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface comun. saúde, educ.**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 627-640, 2009.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, abr. 2011.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a Metodologia Qualitativa como Recurso para o Estudo das Ações de Humanização em Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n. 3, pp. 44 - 57, 2004.

NEVES, Claudia Abbês Baêta. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas. **Interface comun. saúde, educ.**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 781-795, 2009.

ONU. **Declaração do Milênio** – Cimeira do Milênio. Nova Iorque, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2008. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 13, n. Supl 1, p. 701-8, 2009.

PASCHE, Dário Frederico. Humanizar a formação para humanizar o SUS. **Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Cadernos Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde**, p. 64-72, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. Uberaba, 2011. Disponível em http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf> Acesso em: 11fev. 2013.

REIS, Evanise Rodrigues dos. **A humanização nas relações entre os profissionais de enfermagem e usuários da estratégia saúde da família**. 143p. 2010. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2010.

RIOS, Isabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-62, 2009.

RODRIGUES, Andreia Cristina Seabra; VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves; TORRES, Heloisa de Carvalho. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, vol. 44, n. 2, p. 531-7, 2010.

SALICIO, Dalva Magali Benine; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 8, n. 3, 2009.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho como relação de serviço. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 1, 2011.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1005-1006, 2012.

SANTOS, Cibelle Cristina da Silva; BASTOS, Raquel Littério de. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira; Social Participation: the construction of democracy in Brazilian health. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, Fortaleza, v. 24, n. 3, 2011.

SANTOS, Flávia Duarte dos et al. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. **SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010.

SANTOS, Maria de Fátima Oliveira dos; FERNANDES, Maria das Graças Melo; HARISON, José de Oliveira. Acolhimento e humanização na visão dos anesthesiologistas. **Rev. bras. anesthesiol.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 199-213, 2012

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SANTOS, Silvana Sidney Costa et al. Pesquisa-Ação na elaboração de Manual de Normas, Rotinas e Técnicas de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 5, n. spe, p. 436-34, 2011.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000

SHEIHAM, Aubrey. Oral health, general health and quality of life. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 83, n. 9, p. 644-644, 2005.

SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Marcio Florentino; CARDOSO, Antonio José Costa e BERMUDEZ, Ximena Pamela Claudia Dias. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18., n.8, pp. 2275-2284, 2013.

SILVA, Fernanda Duarte; CHERNICHARO, Isis de Moraes; FERREIRA, Marcia de Assunção. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 306-313, 2011.

SILVA, Luiz Almeida da et al. Enfermagem do trabalho e ergonomia: prevenção de agravos à saúde; Enfermería del trabajo y ergonomía: prevención de los problemas de salud; Ergonomics and occupational health nursing: prevention of health disorders. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 317-323, 2011.

SIMÕES, Ana Lucia de Assis; RODRIGUES, Fernanda Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Leiner Rodrigues. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, 2007.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lucia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.13, p.681-8, 2009. Suplemento.

SOUZA, Waldir da Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface comun. saúde educ**, Botucatu, vol.12, n.25, pp. 327-338, 2008.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TAMAKI, Eson Mamoru *et al.* A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 10, n. 1p. 201-208, 2010.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; ALVES, Sandra Mara Campos. O Cidadão ea Ouvidoria Geral do SUS: Análise das Demandas Protocoladas no Disque Saúde em 2011. **Tempus actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 7, n. 1, p. Pág. 41-54, 2013.

TRAD, Leny Alves Bonfim; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Participative management and co-responsibility in healthcare: limits and possibilities within the scope of the Family Health Strategy. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.13, p.557-70, 2009. Suplemento.

TRAJANO, Ana Rita Castro. **O trabalho no SAMU e a humanização do SUS: saberes-atividadevalores**. 2012. 165 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUT, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 133 p.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria et al . Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v. 10, n. 1, p. 131-143, 2010.

VIEIRA, Ana Paula Mirarchi; KURCGANT, Paulina. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 11-5, 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2010. 105 p.

XIMENES, Francisco Rosemiro Guimarães; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 60, n 6, p. 687-695, 2007.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, gerente de Unidade Básica de Saúde situada na cidade de Uberaba-MG, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **Implementação da Política Nacional de Humanização: olhar dos gerentes da Atenção Primária à Saúde**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como esse, por isso sua participação é importante. O objetivo desta pesquisa é compreender e descrever o contexto da implantação/implementação da Política Nacional de Humanização, na atenção primária à saúde, sob a ótica dos gerentes das unidades de saúde.

Não será feito nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco a vida de qualquer sujeito em seu serviço. Caso você participe, serão feitas perguntas abertas a você pelo pesquisador responsável que serão gravadas e posteriormente transcritas. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Pela sua participação na pesquisa, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Seu nome não aparecerá na pesquisa.

Eu _____ li e ouvi o esclarecimento acima e compreendi qual a finalidade da pesquisa. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Sei que meu nome não será divulgado, e que não receberei dinheiro por participar da pesquisa. Assim, eu concordo em participar.

Uberaba ____ de _____ de 2013.

Assinatura do Voluntário - RG:

Enf^(a) Helga Marízia Soares
Pesquisador Responsável

Prof^(a) Dr^(a) Ana Lúcia Assis Simões
Pesquisador Orientador

Telefones de contato dos pesquisadores: (34) 3318- 5004 e (34)8811-3217

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (034) 3318-5854.

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

- **Caracterização sociodemográfica e profissional**
- **Percepção dos gerentes das unidades de atenção primária à saúde sobre a PNH**

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL	
Identificação:	
Idade:	Sexo:
Estado civil:	
Formação acadêmica:	
Experiência(s) profissional(is) anterior(es) - função e tempo de atuação:	
Tempo de atuação como gerente da Unidade:	
Exerce outro cargo além do de gerente da UBS? () não () sim Qual?	

CONHECIMENTO SOBRE A POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A) O que você sabe sobre a Política Nacional de Humanização (PNH)?

B) Qual a sua percepção acerca da implementação da PNH no seu município? (situação atual, fatores facilitadores, dificultadores e perspectivas de sua efetiva implementação).

C) E na sua Unidade, qual a sua percepção a respeito da implementação da PNH? (situação atual, fatores facilitadores, dificultadores e perspectivas de sua efetiva implementação).

APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Responda as questões a seguir considerando a realidade do seu município, as ações do cotidiano e os instrumentos gerenciais aplicados ao serviço na Unidade de Saúde.

Objetivo A – Implementação da gestão descentralizada e participativa

Dispositivos	Indicadores (Existência/Fase de Implementação)	No município	Na Unidade	Pontuação
1. Colegiados e Conselhos de Gestão	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
2. Grupo de Trabalho em Humanização (GTH)	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos

Objetivo B – Ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo

Dispositivos	Indicadores (Existência/Fase de Implementação)	No município	Na Unidade	Pontuação
3. Horários de atendimentos expandidos e	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos

flexibilizados				
4. Projeto de acolhimento	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
5. Referência e Contra Referência	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
6. Protocolos de cuidado e atenção domiciliar	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos

Objetivo C - Organização da atenção e oferta de cuidados a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do trabalho.

Dispositivos	Indicadores (Existência/Fase de Implementação)	No município	Na Unidade	Pontuação
7. Plano de ação da equipe interdisciplinar	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
8. Diagnósticos	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais			() 1 ponto

situacionais definidos pela equipe interdisciplinar	ou incompletos			
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos

Objetivo D - Valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho

Dispositivos	Indicadores (Existência/Fase de Implementação)	No município	Na Unidade	Pontuação
9. Mesa de negociação entre trabalhadores e gestores	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
10. Avaliação sobre os pontos críticos e satisfação dos trabalhadores	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
11. Estratégias de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
12. Planos de	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais			() 1 ponto

trabalho estabelecidos com os trabalhadores	ou incompletos			
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
13. Horários definidos para lanches coletivos e agenda de atividades culturais	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
14. Programas de prevenção de riscos	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos

101

Objetivo E – Promoção da educação permanente dos trabalhadores

Dispositivos	Indicadores (Existência/Fase de Implementação)	No município	Na Unidade	Pontuação
15. Plano de educação permanente para trabalhadores	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
16. Biblioteca	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais			() 1 ponto

básica com material científico atualizado na Unidade	ou incompletos			
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos

Objetivo F – Garantia dos direitos dos usuários, controle social e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde

Dispositivos	Indicadores (Existência/Fase de Implementação)	No município	Na Unidade	Pontuação
17. Afixação em locais visíveis das informações	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
18. Atividades de promoção à saúde nas salas de espera	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
19. Projetos desenvolvidos por voluntários da comunidade	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
20. Atividades	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais			() 1 ponto

Lúdicas e de lazer programadas regularmente pelo Serviço	ou incompletos			
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
21. Ações de atenção a segmentos populacionais além das preconizadas pelo Ministério da Saúde	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
22. Serviço de escuta dos usuários	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos

Objetivo G – Adequação das áreas físicas e provisão de recursos materiais e insumos

Dispositivos	Indicadores (Existência/Fase de Implementação)	No município	Na Unidade	Pontuação
23. Adequação do ambiente da Unidade para o seu bom funcionamento	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos

Objetivo H – Qualificação e otimização do trabalho, a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação

Dispositivos	Indicadores (Existência/Fase de Implementação)	No município	Na Unidade	Pontuação
24. Estratégias de monitoramento e avaliação do atendimento	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos
25. Manuais de procedimentos e normas	Não existe			() 0
	Organizado informalmente ou com plano de gestão/trabalho parciais ou incompletos			() 1 ponto
	Organizado com plano de gestão/plano de trabalho completos			() 2 pontos

¹ Adaptado do documento de monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência (BRASIL, 2009d).

ANEXO A – Objetivos de desenvolvimentos de ações (metas) e indicadores na atenção básica.

OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)
<p>I) IMPLEMENTAR GESTÃO DESCENTRALIZADA E PARTICIPATIVA</p> <p>Alguns Dispositivos associados: _ Colegiados e Conselhos de Gestão _ Contratos de gestão _ Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)</p>	<p>Horizontalização da estrutura e linhas de mando (Unidades de Produção de Serviços)</p>	<p>1. Unidades de Produção de Serviços implementadas, com plano de gestão e avaliação baseado em metas (ex.: cada Equipe de Saúde da Família funcionando como uma Unidade de Produção)</p>
	<p>Capacidade de formulação e condução de políticas de forma participativa (gestão participativa, coresponsabilização, controle social)</p>	<p>2. Colegiado de Gestão da Unidade de Saúde implementado, com metodologia e plano de trabalho 3. Equipes de Saúde da Família constituídas como Equipes Colegiadas 4. Conselho Gestor da Unidade de Saúde implementado, com metodologia e plano de trabalho 5. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados 6. Caracterização do funcionamento das instâncias colegiadas e seus encaminhamentos (definir variáveis, critérios e parâmetros de monitoramento): tipos de pautas predominantes; percentuais de pautas indicadas pelos diferentes atores; percentuais de encaminhamentos/viabilização pelos gestores das decisões tomadas 7. Contratos de gestão elaborados e implementados (baseados em metas acordadas)</p>
<p>II) ASSEGURAR AMPLIAÇÃO DE ACESSO, CUIDADO INTEGRAL E RESOLUTIVO</p> <p>Alguns Dispositivos associados: _ Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco _ Apoio matricial _ Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar _ Projetos de Saúde</p>	<p>Ampliação de acesso (Redução de filas e tempo de espera)</p>	<p>1. Horário e agenda de atendimento expandidos e flexibilizados, incluindo horários de almoço e outros 2. Sistema implementado de cuidado/atenção domiciliar, com diretrizes e protocolos 3. Serviço implementado de atendimento farmacêutico domiciliar para usuários com impossibilidade de deslocamento 4. % de casos acolhidos dentre os usuários que procuram a Unidade diariamente 5. % de casos agudos acolhidos dentre todos os atendimentos 6. % de casos acolhidos, não agudos, com consultas agendadas para até ... dias a partir da procura do Serviço 7. % de usuários com quadros agudos acolhidos e atendidos em até ... minutos a partir da chegada ao Serviço</p>

<p>Coletiva _ Clínica Ampliada</p>	<p>Acolhimento com avaliação de risco (Redução de filas e tempo de espera)</p>	<p>8. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos 9. % de usuários atendidos com registros do atendimento conforme rotinas padronizadas de acolhimento</p>
	<p>Atenção integral e resolutiva (Integração da rede e continuidade do atendimento; referência e contrarreferência) Obs.: Incluídos indicadores específicos, considerando políticas institucionais prioritárias, especialmente em Saúde da Mulher, da Criança e programas voltados para doenças prevalentes</p>	<p>10. Redução do tempo de espera em... minutos 11. Projeto de Integração com os demais níveis de organização da rede implementado, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis por acompanhamento: atenção especializada e hospitalar, maternidades, serviços de referência, apoio diagnóstico e terapêutico 12. Projetos de Saúde Coletiva, embasados na "clínica ampliada", a partir de necessidades e demandas populacionais específicas 13. % de casos agudos acolhidos e resolvidos no Serviço, e com retorno marcado pela Unidade, nos casos necessários (grupos de risco) 14. % de encaminhamentos para a rede, com preenchimento adequado do instrumento de encaminhamento, conforme protocolo 15. % de usuários com encaminhamentos para procedimentos na rede, com procedimento marcado através da Unidade 16. % de casos agudos acolhidos e encaminhados para outros Serviços, conforme protocolos estabelecidos 17. % de casos agudos acolhidos, encaminhados para outros Serviços, e com atendimento marcado através da Unidade (UBS) 18. % de encaminhamentos para consultas especializadas, com consultas marcadas e realizadas em até ... dias 19. % de encaminhamentos para exames laboratoriais, com exames marcados e realizados em até ... dias 20. % de usuários com todos os exames complementares solicitados marcados através da Unidade de Saúde e realizados na rede 21. % de usuários de grupos de risco com encaminhamentos para a rede, com procedimento marcado através da Unidade 22. % de pacientes de grupos de risco cadastrados e acompanhados na Unidade, conforme protocolo 23. % de pacientes de grupos de risco que comparece à consulta agendada 24. % de pacientes de grupos de risco que comparece às atividades de grupo agendadas 25. % de gestantes que foram encaminhadas pela Unidade para maternidades de referência e que conseguiram internação 26. % de mulheres com gestação de risco que foram atendidas nos locais para onde foram referenciadas 27. % de mulheres com gestação de risco contra-referenciadas, acompanhadas pela Unidade após serem atendidas no local de referência</p>

		<p>28. % de mulheres que fizeram pré-natal na Unidade de Saúde com consulta de puerpério agendada e realizada na Unidade</p> <p>29. % de puérperas adolescentes acompanhadas pela Unidade, conforme protocolos</p> <p>30. % de gestantes com pré-natal iniciado no 1o trimestre</p> <p>31. Concentração de consulta de pré-natal</p> <p>32. % de gestantes acompanhadas com todos os exames recomendados em protocolo</p> <p>33. % de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal</p> <p>34. % de gestantes acompanhadas que tomaram vacina anti-tetânica</p> <p>35. % de participantes em grupo de planejamento familiar dentre a População estimada em idade fértil da área de abrangência (4%)</p> <p>36. % de mulheres com alteração de exame preventivo de câncer de colo uterino encaminhadas e com atendimento realizado em Serviço de Referência, conforme rotina e prazo estabelecido em protocolo</p> <p>37. % de cobertura vacinal, por DPT, em menores de 1 ano</p> <p>38. % de recém-nascidos de risco acompanhados segundo protocolo</p> <p>39. % de busca ativa de crianças de mães que abandonam o Programa de Controle do Crescimento e Desenvolvimento</p> <p>40. % de crianças atendidas com complicações por IRA e diarreias encaminhadas e com atendimento realizado em Serviço de Referência, conforme rotina de protocolo</p> <p>41. % de crianças com alta hospitalar por IRA e diarreias acompanhadas pelas Equipes na área de abrangência, conforme rotina de protocolo</p> <p>42. % de usuários acompanhados em atenção domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos</p> <p>43. % de Unidades de Saúde e ESF com todos os medicamentos padronizados pela Atenção Básica disponíveis</p> <p>44. % de usuários com todos os medicamentos prescritos viabilizados através da Unidade de Saúde</p> <p>45. % de itens de medicamentos atendidos por prescrição</p> <p>46. % de usuários que tiveram acesso a contraceptivos prescritos viabilizados através da Unidade de Saúde</p> <p>47. % de métodos contraceptivos disponíveis em relação às prescrições</p>
--	--	---

<p>III) ORGANIZAR A ATENÇÃO E OFERTA DE CUIDADOS A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS COM MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE ORIENTAÇÃO DO TRABALHO</p> <p>Alguns Dispositivos associados:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Equipes Multiprofissionais de Referência _ Projetos Terapêuticos Singulares _ Clínica Ampliada _ Projetos de Saúde Coletiva 	<p>Implementação de equipes multiprofissionais, com definição de métodos de atuação e como referência para o usuário e familiares</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família constituídas como Equipes multiprofissionais, com metodologia e plano de atuação 2. Diagnóstico de Situação e Plano de Ação elaborados pela Equipe Interdisciplinar, contemplando objetivos/metapas, prazos e indicadores de avaliação 3. % de usuários inscritos na Unidade de Saúde que são acompanhados nos casos de internação, conforme protocolos estabelecidos 4. % de usuários que sabem informar o nome dos profissionais de sua Equipe de referência 5. % de reuniões de Equipe para planejamento, com participação de representantes de toda a Equipe e encaminhamentos registrados em atas/relatórios 6. % de reuniões da Equipe com comunidade, com participação de representantes de toda a Equipe 7. % de usuários e famílias vinculados e acompanhados por Equipes multiprofissionais, com agenda definida para atendimento pela Equipe 8. Nº. de visitas multiprofissionais (integradas) realizadas pela Equipe multiprofissionais aos usuários e famílias 9. % de usuários de grupos de risco que tiveram informação sobre possíveis complicações do quadro clínico, medidas preventivas, posologia e efeitos dos medicamentos prescritos 10. % de internações de usuários inscritos na Unidade de Saúde, investigados 11. % de óbitos de usuários inscritos na Unidade de Saúde, investigados
	<p>Condução do tratamento e abordagem do usuário/população com base em Projetos individualizados de Saúde (Projetos Terapêuticos individuais e Projetos de Saúde Coletiva) e prontuários integrados</p>	<ol style="list-style-type: none"> 12. Projetos Terapêuticos Singulares elaborados por Equipes multiprofissionais, para usuários e famílias 13. Projetos de Saúde Coletiva, embasados na “clínica ampliada”, a partir de necessidades e demandas populacionais específicas 14. Prontuário Integrado (Único) implementado 15. % de Projetos de Saúde/Projetos Terapêuticos elaborados por Equipes multiprofissionais 16. % de casos atendidos no Acolhimento que resultaram/geraram Projetos Terapêuticos (individuais e coletivos) [apontando para novos modos, “ampliados”, de assegurar a continuidade do cuidado, incluindo atividades extra-muros] 17. % de casos atendidos (em acolhimento, procedimentos ou visitas domiciliares) que resultaram/geraram Projetos Terapêuticos envolvendo articulação intersetorial (refletindo a capacidade das Equipes em disparar processos de parcerias e integração intersetorial, a partir das informações da rotina de trabalho, como por exemplo os dados coletados pelos ACS) 18. % de prontuários preenchidos por mais de um

		profissional da Equipe, conforme protocolos de registro 19. % de prontuários com anotações legíveis dos profissionais responsáveis pela condução dos Projetos Terapêuticos (Equipes multiprofissionais)
	Implementação de protocolos de condução dos trabalhos e abordagem do usuário	20. Protocolos Clínicos elaborados e/ou validados com participação da Equipe e implementados para problemas selecionados, conforme necessidades e demandas prevalentes 21. Protocolos de referência e contra-referência elaborados e implementados 22. Protocolos implementados para busca de usuários para comunicação sobre resultados de exames alterados em casos selecionados 23. Protocolos implementados para solicitação de exames diagnósticos complementares 24. Protocolos implementados de acompanhamento de doentes terminais

IV) PROPICIAR PARTICIPAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES NO PROCESSO E GESTÃO DO TRABALHO Alguns Dispositivos associados: _ Colegiados de gestão _ Sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação _ Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização _ Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) _ Projetos de Articulação de Talentos nos Serviços (arte/cultura e técnico-científico) _ Projeto para adequação de	Inserção e vinculação ao trabalho	1. Estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias 2. Mecanismos implementados para facilitar movimentação dos trabalhadores na rede, considerando suas necessidades e demandas de transferências de locais de lotação 3. % de trabalhadores com contrato precário de trabalho 4. % de trabalhadores com solicitação atendida de vagas em creche (nos casos previstos)
	Participação dos trabalhadores na organização e gestão do trabalho, e projetos de incentivos por desempenho profissional	5. Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores 6. Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metras 7. Planos de Trabalho estabelecidos com os trabalhadores, baseados nos resultados da avaliação de desempenho profissional 8. Incentivos implementados para trabalhadores, com base em avaliação de desempenho 9. Estratégias implementadas de fomentar a participação dos trabalhadores elegendo e premiando os “melhores servidores do ano” 10. % de reuniões de Colegiado da Unidade de Saúde com presença do gerente 11. Tipos de pautas e de encaminhamentos prevalentes a partir de reuniões de equipe
	Incentivos de qualificação no trabalho	12. % de solicitações atendidas para participação em eventos (discriminar tipos de eventos) 13. % de solicitações atendidas de liberação de carga horária regular para atividades/cursos de qualificação 14. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária 15. % de trabalhadores de nível elementar e médio inscritos em programas de

ambiente (Ambiência)		<p>complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional, oferecidos através da Instituição</p> <p>16. % de trabalhadores de nível elementar e médio que concluíram cursos de complementação de instrução e/ou de qualificação profissional oferecidos através da Instituição</p>
	<p>Serviços de escuta dos trabalhadores, avaliação de satisfação e ações para melhoria da satisfação</p>	<p>17. Serviço implementado para Escuta dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações</p> <p>18. % de aumento ou redução de reclamações recebidas no Serviço de Escuta dos trabalhadores</p> <p>19. % de reclamações e elogios recebidos no Serviço de Escuta em relação ao total de registros</p> <p>20. % de respostas do Serviço de Escuta providenciadas em 15 dias ou menos</p> <p>21. % de soluções consideradas satisfatórias pelos trabalhadores dentre as respostas providenciadas pelo Serviço de Escuta</p> <p>22. Mudanças observadas na natureza das queixas dos trabalhadores no Serviço de Escuta (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes)</p> <p>23. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos trabalhadores, com plano de divulgação e discussão com os trabalhadores</p> <p>24. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação dos trabalhadores</p> <p>25. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação de trabalhadores, com plano e prazos de correções e adequações</p>
	<p>Oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade</p>	<p>26. Horários definidos para lanches coletivos, com agenda livre para atividades lúdicas e culturais organizadas pelos trabalhadores</p> <p>27. Nº. e % de horas destinadas aos técnicos que queiram desenvolver atividades alternativas com a comunidade</p>
	<p>Estratégias de análise do processo e condições de trabalho e medidas de intervenção e de promoção de ambientes saudáveis de trabalho</p>	<p>28. % de horas-extras realizadas pelos trabalhadores</p> <p>29. Nº. e % de acidentes de trabalho ocorridos e investigados</p> <p>30. Programas de prevenção de riscos e/ou mudanças no processo de trabalho implementados e avaliados quanto aos resultados</p> <p>31. Áreas implementadas para “convívio”, descanso e lanche da equipe de trabalho</p>

<p>V) PROMOVER EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES</p> <p>Alguns Dispositivos associados:</p> <p>_ Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização</p> <p>_ Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST)</p>	<p>Estratégias institucionais de fomentar e assegurar Educação Permanente dos trabalhadores</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plano e Agenda de Educação Permanente para os trabalhadores 2. Iniciativas implementadas para constituição de sistemas locais de educação permanente 3. Levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação de RH 4. Estratégias sistemáticas implementadas de Supervisão/Apoio para as Equipes Interdisciplinares (de Atenção Básica/Saúde da Família) 5. Agenda e instrumentos definidos (telefone, e-mail ou outro) para contatos entre equipes da rede básica com equipes de referência e de especialistas dos serviços de atenção especializada para orientações 6. % de Equipes de Saúde da Família (ESF) que possuem um grupo de referência (Equipes de Apoio Técnico, "Apoio Matricial") para suporte (capacitação em serviço e/ou discussão de casos) 7. Razão entre nº. de Equipes de Apoio Técnico (grupos de referência) e nº. de ESF 8. Agenda implementada com critérios e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente e eventos, internos e externos à Unidade 9. Biblioteca básica com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito da Unidade 10. Mecanismos implementados de divulgação sobre eventos e atividades de educação permanente internas e externas à Unidade 11. Estratégias implementadas de incentivo a práticas de investigação/pesquisa em serviço, através de acréscimo de horas para atividades não diretamente assistenciais 12. % de trabalhadores desenvolvendo (ou concluído) pesquisas, utilizando incentivos procedentes da Unidade
	<p>Processos de educação permanente para os trabalhadores, com ampliação de métodos de discussão e produção coletiva de conhecimento sobre o trabalho</p>	<ol style="list-style-type: none"> 13. Nº. de eventos de desenvolvimento de RH realizados para os trabalhadores da Unidade 14. Nº. e % de cursos programados e realizados com inclusão de temas relacionadas à humanização 15. Nº. de reuniões clínicas (período) 16. % de trabalhadores novos no Serviço que participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória 17. % de deferimento dos pedidos de participação em eventos (discriminar tipos de eventos) 18. % de trabalhadores liberados do Serviço para participação em eventos externos 19. % de trabalhadores que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente (período) 20. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente

		em relação à carga horária (período)
	Processos de avaliação das atividades educativas, e da apropriação do conhecimento e mudanças das práticas profissionais	<p>21. Mecanismos sistemáticos implementados para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente</p> <p>22. Estudos realizados para avaliação sobre a apropriação e domínio de conhecimentos básicos (previstos nos protocolos) pelos trabalhadores</p> <p>23. Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente</p> <p>24. % de trabalhadores satisfeitos com os programas de capacitação</p>

<p>VI) ASSEGURAR DIREITOS DOS USUÁRIOS, CONTROLE SOCIAL E IMPLEMENTAR AÇÕES NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE</p> <p>Alguns Dispositivos associados:</p> <p>_ Acompanhante</p> <p>_ Sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação</p> <p>_ Carta de direitos do usuário</p> <p>_ Conselhos de gestão</p> <p>_ Projeto para adequação de ambiente (Ambiência)</p>	Estratégias de informação sobre funcionamento dos serviços e direitos dos usuários	<p>1. Informações afixadas em locais visíveis sobre:</p> <p>(i) vinculação do Serviço ao SUS;</p> <p>(ii) identificação dos setores, nome dos trabalhadores e responsáveis, horário de atendimento;</p> <p>(iii) serviços a serem procurados em casos agudos e de urgência nos momentos em que a Unidade estiver fechada;</p> <p>(iv) direitos dos usuários;</p> <p>(v) horários pré-agendados para comunicação com familiares;</p> <p>(vi) ausências temporárias e férias de profissionais;</p> <p>(vii) critérios e fluxos do acolhimento e seguimento na rede</p> <p>2. Crachás implementados para identificação dos trabalhadores</p> <p>3. Material educativo-informativo de interesse em saúde disponibilizado para a população da área de abrangência</p> <p>4. Cartilhas (ou equivalentes) sobre o funcionamento do Acolhimento disponibilizadas em locais de circulação</p> <p>5. Cartilha (ou equivalente) com serviços e procedimentos disponíveis para o usuário</p> <p>6. Boletins informativos (e equivalentes) disponibilizados regularmente em locais de circulação</p> <p>7. Estratégias implementadas para possibilitar que o usuário mude de médico nos casos desejados e justificados</p> <p>8. Boletins informativos (e equivalentes) disponibilizados regularmente em locais de circulação</p>
	Implementar ações, Experiências inovadoras e práticas de promoção à saúde direcionadas aos usuários e comunidade em	<p>9. Horário implementado para atendimento por telefone, para orientações sobre situações que não carecem de ir ao Serviço</p> <p>10. Nº. de Projetos implementados no âmbito da promoção à saúde, contemplando objetivos/metabolismos e indicadores de avaliação</p> <p>11. Nº. de Projetos implementados de ações conjuntas com instituições e entidades locais,</p>

	<p>geral</p>	<p>conforme necessidades identificadas nos diagnósticos coletivos e demandas apresentadas pelas instituições e/ou população</p> <p>12. Atividades de promoção implementadas em salas de espera e outros espaços da Unidade, direcionadas para os usuários que aguardam atendimento e abertas para a comunidade em geral</p> <p>13. Projetos desenvolvidos no Serviço por voluntários da comunidade</p> <p>14. Nº. de pessoas da comunidade atuando como voluntários na Unidade em projetos ou atividades de promoção da saúde, educativas, de lazer e cultura</p> <p>15. Ações de vigilância sanitária implementadas nos locais de prestação de serviços à população da área de abrangência</p> <p>16. % de pacientes de grupos de risco em atividades de promoção dentre os inscritos na Unidade</p> <p>17. Rádios comunitárias (ou iniciativas similares de comunicação) implantadas com participação da Unidade de Saúde</p> <p>18. Oficinas implementadas de formação de agentes multiplicadores de atividades promocionais e de comunicação</p> <p>19. Atividades lúdicas e de lazer programadas para acontecerem regularmente através do Serviço: jogos coletivos, teatro, vídeos, grupos de passeios em espaços culturais, comemorações de aniversários e outros</p> <p>20. Propostas implementadas de atenção a segmentos populacionais “estratégicos” e/ou em situações especiais de agravos, com plano de ação incluindo objetivos/metast e indicadores de acompanhamento e avaliação de resultados</p> <p>21. Estratégias implementadas de ações intersetoriais e ouvidorias municipais para acompanhamento do Pacto pela Redução da mortalidade materna e neonatal</p>
	<p>Estratégias institucionais de comunicação e informação ao usuário e familiares sobre o tratamento e procedimentos</p>	<p>22. Nº. de reuniões com familiares de usuários</p> <p>23. Mecanismos implementados de comunicação e justificativa formal ao usuário sobre as razões de suspensão de procedimentos agendados</p>
	<p>Mecanismos de estimular a participação e coresponsabilização dos usuários na utilização racional dos serviços</p>	<p>24. Estratégias implementadas de informação atualizada sobre os quantitativos e custos de insumos envolvidos nos tratamentos e procedimentos realizados na UBS</p> <p>25. % de usuários/familiares informados sobre custos do tratamento (destacando insumos mais significativos)</p> <p>26. Estratégias implementadas de divulgação dos resultados do Acolhimento quanto à redução de filas e do tempo de espera, seguindo-se avaliação de necessidades e de riscos</p>

	<p>Serviços de escuta e avaliação de satisfação dos usuários</p>	<p>27. Serviço implementado para Escuta dos usuários, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações</p> <p>28. % de aumento ou redução de reclamações recebidas no Serviço de Escuta</p> <p>29. % de reclamações e elogios recebidos no Serviço de Escuta de usuários</p> <p>30. % de respostas do Serviço de Escuta providenciadas em 15 dias ou menos</p> <p>31. % de soluções consideradas satisfatórias pelos usuários dentre as respostas providenciadas pelo Serviço de Escuta</p> <p>32. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos usuários, com plano de divulgação e discussão com usuários e trabalhadores</p> <p>33. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação de usuários</p> <p>34. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação dos usuários, com plano e prazos e correções e adequações</p> <p>35. % de redução de queixas nos meios de comunicação</p>
--	--	---

<p>VII) ADEQUAR ÁREAS FÍSICAS (SEGUINDO O CONCEITO DE AMBIÊNCIA NOS PROJETOS ARQUITETÔNICOS), E PROVISÃO DE RECURSOS MATERIAIS E INSUMOS</p> <p>Alguns Dispositivos associados:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Projeto para adequação de ambiente (Ambiência) _ Acolhimento 	<p>Adequação de áreas físicas, seguindo o conceito de ambiência</p>	<p>1. Projeto Arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Sinalização adequada, com identificação dos setores e orientando a movimentação geral do usuário no Serviço _ Acesso para deficientes _ Salas de espera com ambiente acolhedor, assentos em número suficiente, equipamento audiovisual ativo, e com disponibilidade de brinquedos nos casos de serviços para crianças _ Área de recepção com espaço suficiente e disposição adequada de modo a permitir fácil movimentação do usuário e trabalhadores _ Consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva _ Instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e com higienização constante _ Sala de reuniões _ Sistema de telefonia que atenda de modo suficiente às necessidades do usuário e dos trabalhadores _ Equipamentos e instalações atendendo às normas de segurança e higiene previstas em legislações específicas _ Disponibilidade de vestuário e equipamentos de proteção individual para os trabalhadores _ Certificados atualizados de qualidade da água consumida _ Armazenamento e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos <p>2. Telefones públicos instalados nas dependências da Unidade</p>
---	---	---

	Adequação, incorporação e disponibilização de recursos materiais, conforme necessidades dos projetos e atividades	<p>3. Reformas específicas e incorporação de materiais complementares para os serviços, atrelados a projetos e atividades específicos</p> <p>4. Outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ N°. e % de materiais, equipamentos e insumos de rotina indisponíveis no serviço _ N°. e % de equipamentos danificados _ Tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais _ % de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês _ Tempo médio transcorrido entre a solicitação de um serviço de transporte e o seu atendimento _ % de demandas de transporte atendidas
--	---	--

<p>VIII) PROMOVER QUALIFICAÇÃO E OTIMIZAÇÃO DO TRABALHO, A PARTIR DE INSTRUMENTOS SISTEMÁTICOS DE AVALIAÇÃO</p> <p>Alguns Dispositivos associados:</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Monitoramento e Avaliação _ Contratos de gestão 	Estratégias de qualificação do processo de trabalho e das ações, considerando políticas e instrumentos de avaliação e utilização da informação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema implementado de Avaliação e Gestão baseados em desempenho/metras, e Comissão de Avaliação de Desempenho instituída, com participação dos trabalhadores 2. Estratégias implementadas de monitoramento e avaliação do funcionamento da referência e contra-referência 3. Estabelecimento sistemático de Metas a serem alcançadas com as ações desenvolvidas na Unidade, incluindo grupos operativos, atividades educativas e outros 4. Apresentação mensal de relatórios, com análises dos indicadores de produção e resultados dos serviços 5. % de encaminhamentos para especialistas com preenchimento adequado do instrumento de referência, conforme protocolo 6. Alimentação regular dos sistemas de informação padronizados pelo SUS 7. % de ESF que utilizam os sistemas de informação padronizados pelo SUS (SIAB e outros) para planejamento das ações 8. Preenchimento regular de boletins de DNC 9. Sistema implementado para notificação e comunicação de acidentes de trabalho de usuários e trabalhadores 10. Estratégias implementadas de monitoramento da utilização do prontuário integrado, com critérios de avaliação da qualidade dos registros e divulgação de resultados em reuniões de equipe 11. % de prontuários com procedimentos registrados em acordo com rotinas protocolares 12. % de prontuários auditados com e sem irregularidades 13. Estratégias implementadas de monitoramento da prescrição de medicamentos, com emissão e repasse para os médicos de relatórios mensais com perfil de prescrições e custos 14. Estratégias implementadas de monitoramento da solicitação de exames complementares, com emissão e repasse para os médicos de relatórios mensais com perfil de exames solicitados, custos e percentuais de
---	--	---

		resultados alterados (e normais) 15. Manuais de procedimentos e normas documentadas e conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento do transporte 16. Manuais de procedimentos e normas conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento da higienização da Unidade 17. Publicações regulares sobre os diferentes projetos e resultados de trabalho, contemplando iniciativas de divulgação para diferentes públicos: na imprensa em geral, boletins internos e outros
--	--	--

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

ANEXO B

117



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854
E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: OLHAR DOS GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: ANA LUCIA DE ASSIS SIMOES
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 25/2/2013
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2582

PARECER

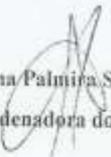
De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 24 de maio de 2013.


Prof.^a Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM