



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Alves Bomfim Trad, Leny; Azevedo Esperidião, Monique

¿Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 4, outubro-diciembre, 2010, pp. 1099-1117

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838229003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste

I¹ Leny Alves Bomfim Trad, ² Monique Azevedo Esperidião I

Resumo: O presente artigo desenvolve uma análise do processo de humanização em saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). São focalizados, particularmente, os sentidos atribuídos pelos usuários à noção de humanização em saúde e suas avaliações sobre condições objetivas (infraestrutura e organização) e relacionais (relação / comunicação profissional-usuário) presentes na ESF. Neste sentido, a análise privilegia os processos de acolhimento e construção do vínculo. Para alcance dos objetivos, foi realizado um estudo de casos múltiplos (seis) de tipo quali-quantitativo, com primazia do enfoque qualitativo, contemplando municípios de pequeno e grande porte dos estados da Bahia, Sergipe e Ceará. Apreende-se do discurso dos usuários o reconhecimento do empenho das equipes em fomentar relações mais solidárias, dialógicas e horizontais no cuidado, o que reforça a valorização da dimensão subjetiva das práticas de saúde, as quais ganham espaço na estratégia de saúde da família e repercutem nas iniciativas da humanização da atenção.

► **Palavras-chave:** Humanização da Atenção; Estratégia de Saúde da Família; Perspectiva dos Usuários.

¹ Instituto de Saúde Coletiva-
Universidade Federal da Bahia.
Endereço eletrônico: trad@
ufba.br

² Escola Estadual de Saúde
Pública, Secretaria de Saúde
do Estado da Bahia. Endereço
eletrônico: moniqueesper@
yahoo.com.br

Recebido em: 12/11/2009.
Aprovado em: 30/04/2010.

Introdução

Os primeiros projetos identificados com a humanização em saúde no Brasil se refletiam em ações fragmentadas orientadas por princípios como o voluntarismo, o assistencialismo, o paternalismo ou por um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total, e não questionavam os modelos de atenção e de gestão instituídos (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Posteriormente, o ideal da humanização em saúde ganha um espaço mais efetivo no cenário brasileiro, graças ao processo de construção da Política Nacional de Humanização (PNH). A proposta de humanização passa, então, a desfrutar de uma posição estratégica ao adquirir o estatuto de uma política, aglutinando um poder mobilizador de debate e de ações (DESLANDES, 2006).

As diretrizes da PNH são orientadas pelos seguintes princípios: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006).

Dez anos antes, em 1994, o Ministério da Saúde implantava o Programa de Saúde da Família (PSF). Criado inicialmente como um programa de saúde, o PSF foi adquirindo, paulatinamente, o *status* de estratégia de reorganização da atenção básica e do modelo assistencial no país. Esta alteração se reflete na própria denominação dessa intervenção, que passou a ser nomeada dentro e fora dos circuitos oficiais como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Integra-se, a partir deste conceito, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ponto de partida da implantação desta estratégia, o Programa de Saúde da Família (PSF), as equipes de saúde bucal e, mais recentemente, o Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF).

As diretrizes operacionais da ESF apresentam muitos pontos de convergência com aquelas referidas na PNH, a saber: ênfase no trabalho em equipe multiprofissional, incentivo à participação comunitária baseada no princípio de corresponsabilidade e uma maior aproximação com a realidade da população,

vinculada à identificação de suas necessidades. Este último ponto foi beneficiado por medidas como a adscrição de clientela e a incorporação do domicílio como mais um espaço de práticas das equipes.

A partir da constatação destas convergências entre a ESF e a PNH, consideramos pertinente investigar em que medida os princípios da humanização em saúde são apropriados e traduzidos no contexto das unidades e equipes do Programa de Saúde da Família. Este trabalho integra um estudo mais amplo, que analisou dimensões simbólicas, relacionais e materiais associadas com a humanização em saúde na visão de profissionais e usuários do PSF. No escopo deste artigo, focaliza-se o componente do estudo que explorou os sentidos e significados atribuídos à humanização por usuários do PSF, bem como a percepção destes sobre os limites e potencialidades da humanização no âmbito desta estratégia. Foram definidas as seguintes questões para este componente: o que entendem os usuários como humanização? Como avaliam a infraestrutura do PSF e sua relação com uma atenção humanizada? Como se dá a relação entre usuários e profissionais, considerando aspectos como acolhimento e constituição de vínculos no PSF?

O destaque concedido ao ponto de vista do usuário, no presente estudo, é convergente com uma linha de avaliação de saúde que considera a valorização da visão do usuário como parte de um paradigma “em que são reafirmados princípios relativos a direitos individuais e de cidadania, tais como expressos nos conceitos de humanização” (VAISTMAN; ANDRADE, 2005, p. 601).

Ao privilegiar a atenção básica no estudo sobre humanização, consideramos a expectativa de que esta se apresente como fonte preferencial de acolhimento das demandas de saúde e de encontro com as necessidades da população. Em se confirmando esta configuração, este nível de atenção favoreceria o estabelecimento de vínculos mais estáveis e duradouros. São destacadas, portanto, como categorias centrais do estudo, as noções de *humanização*, *acolhimento* e *vínculo*.

Humanização, acolhimento e vínculo

Deslandes (2006), em exercício de sistematização em torno do conceito de humanização, distingue as seguintes perspectivas: i) a visão do senso comum do “ser bom com o outro que sofre”, numa combinação de altruísmo caritativo e humanismo *naif*; ii) concepções referentes à essência do “humano”, ancoradas em um humanismo revisitado que valoriza a singularidade da experiência e

das necessidades humanas numa ética da vida - podemos incluir aqui autores como Ayres (2006); iii) a ênfase em um modelo de produção de cuidados mais resolutivo, centrado em uma comunicação que articula troca de informações e saberes, diálogo e escuta de expectativas/demandas com a partilha de decisões entre profissionais, gestores e usuários – a autora se inclui neste grupo, ao lado de Benevides e Passos (2005).

A importância atribuída aos processos relacionais e comunicacionais no debate sobre humanização perpassa as diferentes concepções apresentadas, apontando para a valorização das tecnologias de escuta, acolhimento, construção de vínculos, negociação para a produção e gestão do cuidado, envolvendo, assim, os diferentes sujeitos presentes no campo da saúde (DESLANDES, 2006). Vale ressaltar que o conceito de humanização emerge no campo da saúde associado ao paradigma de direitos humanos, no âmbito individual e social, conferindo a pacientes, usuários, consumidores, clientes e cidadãos a condição de sujeitos (VAISTMAN; ANDRADE, 2005).

Ao reconhecer as fragilidades conceituais da categoria humanização, Benevides e Passos propõem que esta seja entendida como um *conceito-experiência*, um *conceito-princípio*, um *conceito-síntese*, estimulando ademais a crítica a sua expressão no campo da saúde. Esta crítica, segundo os autores, visa a desnaturalizar o conceito de humanização e apontar para o jogo de forças, conflitos ou poder que institui sentidos hegemônicos nas práticas concretas de saúde, apostando, em contrapartida, na criação de um novo modo de fazer. O conceito se inscreve, nestes termos, numa dupla concretude: a das práticas e a dos sujeitos.

A humanização é concebida aqui como estratégia de interferência nas práticas, partindo do princípio de que os sujeitos e atores engajados em práticas locais, uma vez mobilizados, “são capazes de coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 391). Neste sentido, vislumbra-se um elemento diferencial do que poderia ser um eixo identitário da proposta de humanização: processos transformadores de subjetivação (DESLANDES, 2006).

Artmann e Rivera (2006) evidenciam certa superposição e uma estreita relação entre os conceitos de humanização, acolhimento e vínculo. Eles apontam para a necessidade de se estabelecer uma distinção entre estes termos, tendo em vista a existência de diferenças de escopo e de abrangência. A humanização é uma

estratégia política e gerencial mais abrangente, que contém as possibilidades do acolhimento e do vínculo como dispositivos práticos ligados às formas imediatas de cuidado social e individual. Os autores salientam que o conteúdo do vínculo, caracterizado em sua dimensão coletiva, contém o acolhimento como potencial, quando articulado à ideia de uma população adscrita ou vinculada a uma determinada equipe profissional, com um sentido de território. Essa possibilidade de um território populacional estar ligado organicamente a uma equipe contribui para um sentido de permanência, de constância, de regularidade e de confiança que fortalece a noção de vínculo intersubjetivo, a qual abrange a ideia de acolhimento. É importante salientar aqui a ideia de uma relação intersubjetiva sedimentada na confiança, tema abordado adiante, para além da ideia de território.

O acolhimento constitui uma etapa do processo de trabalho que os serviços de saúde desencadeiam na sua relação com o usuário. Por suas características, é possível evidenciar, por meio da análise do acolhimento, as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finais de um serviço) estão submetidos (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Embora o acesso concreto aos serviços e tecnologias de saúde ocupe o centro das avaliações sobre acolhimento, observa-se uma tendência a se valorizar cada vez mais as dimensões relacionais e comunicacionais neste processo. Segundo Takemoto e Silva (2007), a noção de acolhimento encerra três objetivos: ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho.

Diferentes autores (AYRES, 2006; SILVA; MERHY, 2003; TEIXEIRA, 2003) coincidem numa concepção de acolhimento cujo elemento-chave é a capacidade de escuta e de diálogo. Mas, como esclarece Ayres (2006), não se trata de uma preocupação apenas com a escuta, mas principalmente com o tipo de escuta que se oferece, ou seja, com a sua qualidade. Qualidade essa cujo sentido não é o de ser boa ou ruim, mas sim o “da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar”. Para Ayres (2006), o acolhimento constitui um recurso fundamental para a emergência do outro do qual se deve cuidar e para que suas demandas se configurem como norteadoras das ações e finalidades do cuidador (AYRES, 2006).

Uma vez ultrapassada a etapa do acesso imediato, como salienta Campos (2005), são estabelecidos processos de negociação entre profissionais e usuários, visando à identificação das necessidades destes últimos e a busca de produção de

vínculo. Este autor recorda que o vínculo com os usuários do serviço de saúde, o qual tem como objetivo lhes estimular a autonomia quanto a sua própria saúde, amplia a eficácia das ações nesse sentido, assim como favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. É fundamental investir em um novo modo de convivência nas organizações e, para tanto, seus integrantes devem ser incentivados a reconhecer que lidam sempre com outras pessoas que, assim como eles, têm interesses e desejos com os quais se deve compor (CAMPOS, 2005).

A questão do vínculo põe em evidência dois elementos bastante caros em uma concepção humanizada da atenção em saúde: longitudinalidade e confiança. Enquanto o primeiro constitui uma das características centrais da atenção primária de saúde, o segundo é potencialmente favorecido neste âmbito de atenção (TRAD, 2006). A longitudinalidade, como informa Starfield (2004), deriva da palavra *longitudinal*, que se refere ao crescimento e mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos, logrado através de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. O termo longitudinalidade expressa também, como ressalta Starfield (2004), o reconhecimento por parte dos indivíduos da disponibilidade de uma fonte segura de atenção (sentida como “sua”), a qual existe independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde, ou ainda, do tipo de problema.

Vale destacar, como já apontado em trabalho anterior (TRAD, 2006), que as noções de vínculo e acolhimento são contempladas entre os princípios da Estratégia de Saúde da Família. Destacam-se, neste ponto, algumas características organizacionais do trabalho desenvolvido pelas equipes, tais como: uma base territorial permanente de atuação, o cadastramento de um grupo de famílias que serão acompanhadas e assistidas de modo contínuo pelos profissionais e a extensão da atenção prestada para os espaços domiciliares.

Metodologia

Esta investigação se insere na modalidade de estudo comparado de casos múltiplos (YIN, 1989) de tipo quali-quantitativo, com primazia do enfoque qualitativo, realizado em três estados do Nordeste: Bahia, Sergipe e Ceará. Em cada estado, foram

selecionados dois municípios considerados o critério populacional, a cobertura do PSF e um quadro positivo em termos da implantação do PSF. No critério populacional, elegemos as situações extremas: um município de pequeno porte com até 20.000 habitantes com 100% de cobertura do PSF; um município de grande porte caracterizado como grande centro urbano e incluído no PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família), excluindo as capitais. No caso dos municípios de grande porte, reduziu-se a margem de escolha posto que, em alguns casos, o estado só dispunha de um município enquadrado no PROESF, além da capital (foi o caso de Sergipe). A partir destes critérios, foram selecionados os seguintes municípios: Madre de Deus (13.824 hab.) e Vitória da Conquista (285.925 hab.), no estado da Bahia; Nossa Senhora do Socorro (171.842 hab.) e Carmópolis (10.960 hab.), no estado de Sergipe; Maracanaú (193.879 hab.) e Pindoretama (17.138 hab.), no estado do Ceará. A fonte para os dados de população foi o IBGE relativo a 2005.

Na definição das áreas de estudo em cada município, foram considerados os seguintes critérios: quatro áreas nos municípios de grande porte, que variavam segundo a qualidade de vida (boa, intermediária, precária e uma área rural, semirrural ou bastante periférica). Nos municípios de pequeno porte, foi selecionada uma área urbana e uma área rural, semirrural ou periférica.

Na abordagem quantitativa, foi aplicado um questionário de múltipla escolha a uma amostra aleatória de usuários residentes nas áreas de abrangência das unidades de Saúde da Família contempladas no estudo, totalizando 1223. No que diz respeito aos usuários, os questionários foram aplicados majoritariamente nos domicílios dos entrevistados. O questionário teve como ponto de partida um instrumento elaborado pela OMS em uma pesquisa sobre saúde mental e qualidade de vida. O instrumento foi submetido a um teste piloto e ajustado antes de sua aplicação efetiva.

A abordagem qualitativa, que pretendeu explorar dimensões mais subjetivas associadas às questões de estudo, foi realizada através de grupos focais. Foram realizados 18 grupos focais com usuários nas seis áreas selecionadas para estudo, nos três estados: quatro nos municípios de grande porte e dois nos de pequeno porte. Em média, os grupos contaram com o número de 12 participantes e duraram em torno de 1 hora e 20 minutos. Os usuários foram convidados a participar dos grupos focais pelos agentes comunitários de saúde ou integrantes

da equipe. Não foi registrada nenhuma recusa em participar da pesquisa, embora, em média, 15% dos convidados não comparecessem ao grupo. Os grupos focais foram realizados em espaços comunitários (escolas e centros religiosos) e, em menor proporção, nas instalações da unidade de saúde da família.

Os questionários e roteiros de grupos focais foram orientados pelas seguintes categorias de estudo: os sentidos ou significados da *humanização* para os usuários; a relação entre profissionais e usuários da ESF nos diferentes espaços de atuação da equipe, considerando aspectos como escuta e comunicação (transmissão adequada de informações e orientações); acolhimento às demandas do usuário (consultas, orientações, medicamentos, encaminhamento para outras unidades etc.); infraestrutura disponível no programa (instalações, equipamentos etc.).

Na análise dos grupos focais, foram cotejadas as categorias analíticas previamente selecionadas com o material empírico proveniente do discurso dos usuários, buscando sínteses coincidentes ou divergentes e incluindo novas categorias emergentes, quando necessário. Os dados dos questionários foram digitados e tabulados no programa EPI-Info e analisadas as medidas de frequência.

A pesquisa seguiu rigorosamente as recomendações éticas previstas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto base foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Ressalta-se, ainda, que todos os nomes de usuários e/ou profissionais referidos no texto são fictícios.

Resultados e discussão

Sentidos da humanização

Observa-se que a humanização representa para os usuários sentidos que remetem a três dimensões principais: aspectos relacionais do cuidado (escuta, acolhida, respeito, atenção); manifestação de amor ao outro (ao próximo) e sentimentos de solidariedade; sentidos que remetem às possibilidades de acesso aos serviços de saúde e à qualidade da atenção.

No primeiro sentido atribuído ao termo, a ênfase recai sobre a relação profissional de saúde e usuário ou na relação da comunidade com a unidade. A humanização é traduzida, portanto, como ser bem tratado, ser reconhecido e que o tratamento seja conduzido de modo afetivo. Os usuários valorizam claramente o vínculo afetivo que se estabelece entre eles e os profissionais do PSF quando definem os sentidos da humanização:

[...] conversando com a gente olhando no olho, procurando saber, entender realmente o problema de cada um. (Maracanaú, CE).

Tratar a todos com o mesmo direito, o mesmo respeito, né? Não é isso? Eu acho que sim. Tratar todos iguais sem diferença. Ser bem atendido pelos médicos, pelos funcionários... Eu acho que é isso. (N.S. do Socorro, SE).

Outros depoimentos revelam a segunda acepção do termo, que remete ao sentido ontológico de humanidade e, em alguns casos, reproduz princípios cristãos. Constata-se que esta visão aparece com mais força nos municípios de pequeno porte ou nas áreas periurbanas, com alto grau de necessidade e fragilidade social.

É amar uns aos outros como a si mesmo. Isso eu acho que já é parte da humanidade. (Carmópolis, SE).

[...] humanização é a pessoa ser tratada como ser humano né, ser bem tratada. (Maracanaú, CE).

Por fim, para os usuários, humanização é ter resposta às suas demandas por consulta, por exames e medicamentos. Uma visão que aponta diretamente para a questão da organização dos serviços e da acessibilidade. O usuário concebe a humanização dessa maneira como podemos observar em:

Tornar mais humano, o acesso mais rápido, mais perto da comunidade [ou] ser atendido! (Vitória da Conquista, BA).

Pra mim, ser humano, é você chegar aqui com uma dor, uma necessidade e ser atendido. Isso pra mim é ser humano. (Carmópolis, SE).

Além desses três significados, encontramos em alguns relatos uma visão de humanização que alude à qualidade de vida: “é aprender a cuidar da saúde, alimentação e outras coisas que fazem mal” (Vitória da Conquista, BA). Ou: “Ah! O atendimento à saúde é segurança” (N. S. do Socorro, SE). Ou ainda à integralidade na atenção: “humanização, na saúde, pra mim, no meu entender, é a área que visa tudo, né? Desde o atendimento, até o ponto final que é a medicação, né isso?” (Maracanaú, CE). Cabe ressaltar que ambos os aspectos são referidos na discussão especializada sobre o tema (BENEVIDES; PASSOS, 2005[b]; DESLANDES, 2005; GOMES; PINHEIRO, 2005).

Vale notar que encontramos ainda respostas que revelam certa dificuldade em definir o que é humanização, expressa em depoimentos como estes: “Assim...nem bom nem ruim...por aí...sei lá ...” (Maracanaú, CE); “de saúde, é...eu não sei nem dizer” (Pindoretama, CE).

Infraestrutura e organização

Na avaliação da qualidade da infraestrutura e organização do serviço, apontadas como um dos principais empecilhos para uma atenção humanizada, as queixas referem-se a: precariedade da estrutura física da unidade, deficiências no provimento de insumos e/ou oferta de recursos humanos, dificuldades de acesso e acessibilidade a exames e serviços de outros níveis de complexidade (rede especializada e hospitalar) e a alta rotatividade dos profissionais.

As tabelas abaixo expressam a percepção dos usuários com relação ao acesso ao atendimento em USF: a dificuldade de acesso, elevado enfrentamento de filas e longa espera para o atendimento.

Tabela 1 - Percepção dos usuários com relação às dificuldades no acesso ao atendimento em USF nos estados da Bahia, Sergipe e Ceará, 2005

Facilidade de acesso ao atendimento	No.	%
Difícil	466	38,1
Mais ou menos	365	29,8
Fácil	391	32,0
Sem informação	1	0,1
Total	1223	100,0

A existência de filas para atendimento, importante problema para o acesso às unidades, é referida pela maioria dos usuários (71%) que consideram o acesso ao atendimento difícil ou “mais ou menos” (67,9%).

Tabela 2 – Número e percentual de usuários que enfrentam fila para atendimento em USF nos estados da Bahia, Sergipe e Ceará, 2005

Enfrentamento de fila	No.	%
Sim	864	71,06
De vez em quando	144	11,8
Não	215	17,6
Total	1223	100,0

Em relação à estrutura física e ao conforto da Unidade de Saúde da Família (USF), os usuários em algumas áreas consideram que as USFs deveriam ser

maiores, mais confortáveis e que as equipes deveriam ser ampliadas: “A unidade é muito pequena, tem poucos bancos quando chove junta muita gente dentro e dá briga” (Vitória da Conquista, BA).

Outra questão elencada por alguns usuários (Madre de Deus) foi o horário de funcionamento da USF, o qual, segundo relato, deveria ser aberto às 7 horas da manhã, em vez das 8 horas, devido ao tempo de espera na porta da unidade. Alguns chegam a sugerir um horário ininterrupto, nos moldes das unidades de emergência: “o problema é aqui, acho que se este posto funcionasse 24h seria melhor né? Seu filho adoce fora de hora, você vai daqui pro hospital correndo risco de ser assaltado esta coisa, devia funcionar 24h” (Maracanaú, CE).

É notória a manutenção de antigas formas de organizar o acesso (filas, senhas). No caso do PSF, adota-se um formato que se combina com a oferta organizada, a qual prioriza o acesso aos grupos de riscos (como os hipertensos, diabéticos e gestantes) e visa a garantir o atendimento dos episódios agudos (febres, diarreias e tosse nas crianças) ou agudização de casos crônicos (mal estar e tonturas dos adultos/idosos).

A organização do acesso priorizando grupos de riscos parece mais efetiva nas localidades menores, onde há dificuldades concretas no processo de territorialização. No caso de Carmópolis (município de pequeno porte-SE), diferentes depoimentos atestam o fato de que os usuários compreendem e aprovam a oferta organizada:

Mas tem os idosos, porque são idosos. Aí não enfrentam fila. Já tem dia certo deles... É assim. Tem o dia dos deficientes, que é o dia de quarta-feira. Aí a gente vem, as meninas de saúde já marca a ficha pro dia. (Carmópolis-SE).

Já fica marcado a ficha; a gente que toma remédio pra pressão alta, já tem o dia... da pressão e diabetes. (Carmópolis, SE).

As queixas referem-se também ao tempo entre o pedido e a realização de exames e consultas especializadas ou entre a realização do exame e a obtenção dos resultados. São relatos que evidenciam a insatisfação quanto à espera nas filas para a marcação de consultas e para o atendimento, sobretudo para algumas especialidades, como a marcação para o dentista ou ginecologista. É importante salientar que as filas são percebidas pelos usuários como um problema de desequilíbrio entre a oferta e a demanda, verificada, sobretudo, nos grandes municípios:

Primeiro a gente passa por uma triagem aí se eles vê que não precisa passar pela médica, depois eles vem, demora, gente espera, espera bastante, depois eles vem e fala que não vai atender, no dia que eu vim foi assim também, aí foi no dia que Marcos não ficou internado. (Vitória da Conquista, Bahia).

[...] demora de pegar ficha aqui na segunda feira se não for com urgência a gente fica esperando marcar para terça quarta, a gente vem muito cedo 5 horas da manhã, fica esperando ainda pra a semana, que é muita gente é um medico só pra atender. (Maracanaú, CE).

A formação das filas é percebida como bastante desumana e está associada a situações de violência, exposição e perigo aos usuários, como se expressa em:

[...] assim é... os dentista para criança né, a gente só consegue se vier 4 horas da manhã, aí é perigoso, muito perigoso essa área aqui de ladrão, aí se a gente vier, mais tarde um pouquinho aí já tem brigas e gente não consegue. (Maracanaú, CE).

As filas pra pegar ficha, né? A pessoa tem que vim uma hora, duas horas da manhã. Aí fica chato, né? E pra quem tem criança pequena. Pra pessoa se deslocar duas horas da manhã pra vim pegar ficha aí já fica chato, né? 5h da manhã já não tem mais ficha. (Carmópolis, SE).

Observam-se ainda dificuldades no acesso às consultas especializadas e a exames. Este problema se expressa nos diversos municípios estudados e não se restringe ao PSF, pois os relatos fazem referência ao sistema municipal de saúde como um todo.

Relação usuários-profissionais PSF

Observa-se nas respostas, de maneira geral, que os usuários avaliam positivamente a relação com os profissionais: 60,2% avaliam que sempre sentiram confiança nos profissionais; 50,6% avaliam que os profissionais compreenderam muito bem os problemas de saúde.

Tabela 03 - Percepção dos usuários sobre a confiança na equipe das USF nos estados da Bahia, Sergipe e Ceará, 2005

Sentir confiança na equipe	No.	%
Nunca	165	13,5
Às vezes	318	26,0
Sempre	736	60,2
Sem informação	4	0,3
Total	1223	100.0

Tabela 4 - Percepção dos usuários quanto a sentir-se compreendido pela equipe das USF nos estados da Bahia, Sergipe e Ceará, 2005

Sentir-se compreendido pela equipe	No.	%
Não me compreendeu	156	12,8
Mais ou menos	444	36,3
Me compreendeu bem	619	50,6
Sem informação	4	0,3
Total	1223	100.0

Na análise qualitativa, constata-se também que a relação usuários-profissionais é um aspecto valorizado entre os usuários quando se discute a humanização no programa. Os depoimentos, nas diferentes áreas de estudo, convergem na opinião de que são bem recebidos e bem tratados na unidade. Contudo, ainda que em pequeno número, as queixas sobre algumas condutas de profissionais do PSF revelam situações que contradizem os princípios do programa e o ideário da humanização em saúde.

Ao avaliar a interação com os profissionais de saúde, os usuários valorizam atributos como a escuta, a compreensão, a gentileza, o respeito e a consideração. É interessante notar que os usuários constroem uma visão diferenciada sobre cada membro da equipe, o que não equivale a dizer que sabem distinguir com clareza as competências de cada um. Sem dúvida, os médicos, enfermeiros e agentes comunitários são os mais referidos. O dentista ou a auxiliar de enfermagem ficam em segundo plano.

As opiniões com relação aos médicos foram as que apresentaram maior variação entre os municípios e/ou áreas. Nos municípios de pequeno porte do Ceará (Pindoretama) e da Bahia (Madre de Deus), foram explicitadas queixas contundentes com relação à atuação dos médicos (as). Na unidade rural do município de Pindoretama, há relatos sobre maus tratos médicos e de consultas ineficientes. Vale notar que, neste caso, assim como em outros, a avaliação acerca da qualidade do atendimento do profissional e da pertinência das suas orientações era permeada por várias questões: concepção dos usuários sobre os cuidados necessários a sua condição, comparações com o atendimento de profissionais médicos que atuaram anteriormente na equipe, facilidades ou dificuldades encontradas na solicitação de exames, além de outras demandas não atendidas ou não entendidas.

É possível que a rotatividade antes referida dos profissionais do PSF, sobretudo dos médicos, tenha influência na forma como a comunidade avalia a relação e postura da atual equipe médica. No caso do exemplo citado de Madre de Deus, desde a implantação do PSF naquela área, a médica atual é a quarta profissional contratada. Os relatos indicavam ao menos dois outros médicos que a antecederam como muito estimados pela comunidade:

Sobre a consulta com o médico, né, a pessoa vai pra um médico, né, aí a pessoa tá ali sendo acompanhada por aquele médico o tempo todo. Aí de repente, daí a três meses aquele médico vai embora, a gente vai pra outra consulta. Então, de repente, ele vai embora, bota outro no lugar, a gente já fica meio com receio de falar as coisas, de voltar tudo de novo. (Madre de Deus, BA).

Por outro lado, sem dúvida, a ação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é a mais facilmente descrita pelos usuários, os quais valorizam a linguagem que esses utilizam para explicar aspectos sobre o cuidado e a organização dos serviços. Fica patente a existência de um forte vínculo entre esses profissionais e os usuários (principalmente na população idosa). Os ACS são identificados pelos nomes na maioria das áreas estudadas e reconhecidos por muitos usuários como cuidadores de cada um deles. Esse dado é mais contundente nos municípios de pequeno porte, mas também aparece nos três maiores:

A minha agente de saúde é legal, ela é pontual, toda semana ela vai lá em casa, pega meu prontuário, ela olha, e às vezes quando falta remédio meu que chega aqui ela me avisa, eu vem pegar. (Maracanaú, CE).

Ói, minha gente, essa moça aí, da minha rua... Vai em minha casa, pega minha neta, leva exame, marca ficha pro meu marido, que ele é hipertenso... Vai pesar meu neto. Faz tudo que tem direito. É já é conhecida. Elas trabalham direitinho. (Carmópolis, SE).

Gomes e Pinheiro (2005) discutem a aposta bem-sucedida de se ter o agente comunitário de saúde como promotor do vínculo entre o PSF e a comunidade, o que é proporcionado pelo fato de o agente ser morador local, favorecendo a construção de uma rede de relações com atributos de solidariedade e liderança e conhecimento da realidade social.

Por outro lado, há registros de relatos que indicam conflitos nas relações da comunidade com o agente comunitário de saúde, o que destaca ambiguidades e contradições nessa interação. Um dos relatos remete a questões de ordem pessoal entre as agentes e os usuários: “ela não aceitou o fato de não passar no concurso e eu assumir o cargo e por isso não deixa eu pesar os filhos” (ACS, N.S. do

Socorro, SE), ou a uma resistência à entrada do ACS no domicílio: “Tem uma também que quando eu vou visitar, aí ela não abre o portão lá, tá fechado, e eu do lado de fora e ela lá do lado de dentro” (ACS, Carmópolis, SE). Localizam-se, ainda, queixas sobre os ACS que remetem à irregularidade na visitação destes profissionais nos domicílios:

[...] é irregular os atendimentos dos agentes de saúde porque eles só passa três em três meses, na minha casa é uma , eu não vou citar o nome da fulana, mas é assim, não sei as demais. A questão do médico é ótimo as enfermeiras também, não tenho que dizer não, agora as agentes de saúde, muito irregular. (Maracanaú, Ceará)

Quanto ao dentista, observa-se que ele é menos citado pelos usuários e aparece para estes como o mais isolado da equipe. É significativo que, no estudo quantitativo, cerca de 80% dos usuários entrevistados não conhecesse o nome do dentista da sua área.

Com relação às práticas de saúde desenvolvidas pelo PSF, evidenciou-se uma clara valorização das atividades de promoção da saúde no âmbito do PSF, embora, em alguns depoimentos, os usuários apontam dificuldade na comunicação da unidade/equipe com a comunidade ou da adesão da comunidade às atividades educativas ou de promoção.

De modo geral, os usuários demonstraram valorizar muito a visita domiciliar e a abordagem utilizada pelas equipes durante esta atividade. É possível afirmar que a visita domiciliar se afirma como uma das atividades que marcam positivamente a imagem do PSF para os usuários. Este dado já havia sido constatado em estudos anteriores de avaliação do PSF (Bahia e Ceará) desenvolvidos pelo mesmo grupo de pesquisa (TRAD et al., 2002; COPQUE; TRAD, 2005).

Eles também vão lá... para as pessoas que não podem ir ao posto... que estão impossibilitadas. Eles identificam. Vai a equipe toda, a agente, a enfermeira, a auxiliar, o médico vão lá... Eles vão toda sexta-feira, que é o dia da visita... Ele vai, pesquisa, passa receita, com tudo... (Jardins, N: S. do Socorro, SE).

“Bom dia ou boa tarde”, geralmente é à tarde. “Como está o bebê? Como está a senhora?” - eles brincam, porque às vezes a pessoa está aperreada e isso ajuda. O carinho, o amor... brincam, dão um sorrisinho, “a gente vai conseguir, isso tudo anima...” (depoimento sobre uma visita de puerpério, N. S. do Socorro, SE).

A importância do respeito à privacidade para a população atendida pelo PSF pode ser evidenciada através do relato desta usuária da zona rural de Vitória da Conquista:

Uma vez comigo, eu fiz um preventivo, e eles deixam lá o resultado já junto com a receita pra a gente pegar quando for lá. Mas aí, antes d’eu pegar o resultado com minha receita, os vizinhos já tinham visto lá e já tinham até me dito quanto ia custar. Aí eu fui lá reclamar que isso tá errado. Imagina, se eu tivesse algo muito ruim, a rua toda ia saber o que eu tinha antes de mim mesma. Aí eu falei com ela, e ela falou que não olha mais resultado de ninguém sem a pessoa tá junto. E ela realmente tá fazendo isso agora. Aí resolve o problema. Porque eu fiquei muito chateada mesmo. Um absurdo. (Vitória da Conquista, BA).

Na análise do material extensivo, nota-se que 81,8% dos usuários dos três estados percebem que os profissionais de saúde os tratam com respeito e privacidade, o que coaduna com os dados referidos no estudo qualitativo.

Tabela 5 - Percepção dos usuários do respeito à privacidade nas intervenções das equipes das USF nos estados da Bahia, Sergipe e Ceará, 2005

Privacidade	No.	%
Sim	1001	81,8
Não	92	7,5
Mais ou menos	104	8,5
Sem informação	26	2,1
Total	1223	100.0

No entanto, é preciso salientar que a rotatividade das equipes também incide negativamente no estabelecimento da confiança/vínculo entre profissionais e usuários. Diferentes relatos enfatizaram a importância da manutenção do mesmo profissional na equipe para promover a adaptação da comunidade e a relação de confiança.

Tem coisas que a gente não conversa nem dentro de casa mesmo com a família e já conta pra aquele médico é uma confiança mesmo, profissional. A gente conta tudo de nossa vida, até mesmo de dentro de casa, ou se a gente tá com alguma doença, alguma coisa. Mas a gente fica quatro, cinco meses fazendo os exames, de repente quatro meses depois ele vai embora, já tem outro profissional no lugar, aí a gente fica sem jeito de contar tudo de novo, já não é mais aquela confiança que depositou no outro. (Madre de Deus, BA).

As estratégias de acolhimento foram bastante criticadas em Vila Serrana, no município de Vitória da Conquista, Bahia. Cabe ressaltar que os usuários têm dificuldade de entender a lógica do acolhimento/triagem, como sugere depoimento:

Eu acho uma humilhação essa questão da triagem porque fica 20 pessoas na triagem para escolher seis, agora, tem 20 pessoas, você acha que só tem seis, que foram para o posto cedo tomando frieza, garoa, porque eles não abre o posto para a gente ficar lá, agora tirar seis pessoas só, vai lá o médico mas não sabe quem é que está realmente precisando às vezes quem realmente precisa fica fora. (Vitória da Conquista, Bahia).

Considerações finais

Ao estudar a visão dos usuários em relação às várias dimensões investigadas sobre humanização no PSF, constatamos que o significado da humanização remete ao respeito, carinho, confiança e que se mescla com noções de integralidade e de direito à saúde.

Tendo como referência os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), constatamos que os maiores avanços do PSF concentram-se em aspectos relacionais e subjetivos. Apesar do esforço localizado de organização da demanda, o acesso e acessibilidade ainda são percebidos como aspectos frágeis que necessitam de aperfeiçoamento, resultando em longas filas para atendimento dos usuários. No entanto, nas várias áreas estudadas, constatamos o reconhecimento das equipes em fomentar relações mais solidárias, dialógicas e horizontais. A possibilidade de cuidar de forma integrada do usuário e a valorização da dimensão subjetiva das práticas de saúde são elementos que parecem ganhar espaço no PSF, tal como se apreende do discurso dos usuários.

Referências

- ARTMANN E.; RIVERA F.J.U. Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas, práticas*. V. 1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.
- AYRES, J.R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F.(Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas, práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-84.
- BENEVIDES R.; PASSOS, E. Humanização na Saúde réplica ao debate. *Interface: Comunic, Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 404-406, 2005(a).
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo? *Interface: Comunic, Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005(b).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em: 05 mai. 2009.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface: Comunic, Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398-400, 2005.

COPQUE, H.L.F., TRAD, L.A.B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. *Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 14, p. 223-233, 2005.

DESLANDES, S.F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica In: DESLANDES, S.F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 33-48.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface - Comunic, saúde, Educ.*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 401-403, 2005.

FRANCO, T.B.; BUENO W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic, saúde, Educ.*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-30, 2005.

SILVA JR, A.G. da; MERHY, E.E., CARVALHO, L.C. de. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 89-112.

STARFIELD, B. Atenção Primária em Saúde: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TEIXEIRA, R.R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 91-113.

TRAD, L.A.B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S.F.(Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 185-204.

TRAD, L.A.B. et al. Estudo etnográfico da satisfação de usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, p. 581-589, 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

YIN, R.K. *Case Study Research: design and methods*. New York: Sage, 1989.

Abstract

Meanings and practices of humanization in the Family Health Strategy: users' viewpoint in six cities of the Northeast, Brazil

The present article develops an analysis of the process of humanization in the scope of the Family Health Strategy (ESF). It particularly focuses on the senses attributed by users to the notion of humanization in health and their evaluation of the objective conditions (such as infrastructure and organization) and relational approaches (such as professional-user communication) in the ESF. Therefore, the analysis privileges the processes of reception and construction of attachment. To reach the objectives, a study of multiple cases (six) was conducted using a qualitative and quantitative approach, with emphasis in the qualitative methods, comprising small and large cities in the states of Bahia, Sergipe and Ceará. The recognition of the solidarity and horizontal relations of the teams can be apprehended by the speech of the users, what strengthens the valuation of the subjective dimension in the health practice, which gains space in the family health strategy and in initiatives for the humanization of care.

► **Key words:** humanization, Family Health Strategy, user's viewpoint.