



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ROSINÉLIA SUÊNIA DE ALMEIDA**

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO  
SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE  
2012**

**ROSINÉLIA SUÊNIA DE ALMEIDA**

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO  
SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Serviço Social da  
Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento  
à exigência para obtenção do grau de Bacharel em  
Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Thaísa Simplício Carneiro

CAMPINA GRANDE  
2012

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial de Serviço Social Luiza Erundina – UEPB

A447i Almeida, Rosinélia Suênia de.  
A implementação da política nacional de humanização no serviço municipal de saúde de Campina Grande/PB [manuscrito] / Rosinélia Suênia de Almeida . – 2012.  
57 f. il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Ma. Thaísa Simplício Carneiro, Departamento de Serviço Social”.

1. Política de Saúde. 2. Humanização. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 361.61

ROSINÉLIA SUÊNIA DE ALMEIDA

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO  
SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE/PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Serviço Social da  
Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento  
à exigência para obtenção do grau de Bacharel em  
Serviço Social.

Nota: 10,0

Aprovado em: 05/07/2011

Banca examinadora

*Thaísa Simplicio Carneiro*

Prof.<sup>a</sup>. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro – DSS/CCSA/UEPB  
Orientadora

*Maria do Socorro Pontes de Souza*

Prof.<sup>a</sup>. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza – DSS/CCSA/UEPB  
Examinadora

*Adriana Freire Pereira Feriz*

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Adriana Freire Pereira Feriz – DSS/CCSA/UEPB  
Examinadora

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora Thaísa Simplício, pela dedicação e carinho com que aceitou me orientar neste estudo e por ter se empenhado juntamente comigo, para que conseguíssemos concluir este trabalho dentro do pouco tempo que tínhamos.

À professora Socorro Pontes, pelo esforço em conseguir de última hora uma professora que pudesse me orientar e por ter sido sempre atenciosa durante os quatro anos que convivemos.

Aos meus familiares, que me auxiliaram financeiramente e mesmo ocupados de suas tarefas diárias se mostraram abertos a me ouvir, aconselhar e apoiar.

As minhas colegas de classe, que foram verdadeiras amigas por diversas vezes que precisei e se tornaram irmãs de coração.

Às professoras Socorro Pontes e Adriana Freire, por aceitarem compor a banca examinadora.

## RESUMO

Este trabalho é resultado da pesquisa realizada no período de julho de 2011 e se deu no Programa de Atenção Integral à Mulher (PAIM) do Serviço Municipal de Saúde (SMS) de Campina Grande/PB. O referido estudo teve como objetivo compreender como o Serviço Municipal de Saúde tem implementado as diretrizes da Política Nacional de Humanização no no PAIM. Foi realizado um estudo de abordagem descritivo-analítico quanti-qualitativa, caracterizando-se pela descrição e análise do fenômeno social, a fim de compreender a realidade desta instituição. Foram entrevistadas 20 mulheres no período de Julho de 2011, obedecendo a aproximadamente 15% da totalidade do atendimento mensal no PAIM. O instrumento utilizado na coleta de dados foi o roteiro semi-estruturado de entrevistas. A partir da discussão e análise empreendidas neste estudo foi possível constatar que os profissionais vem procurando prestar um atendimento humanizado, contudo, a divulgação da própria política de humanização precisa estar mais presente no serviço para que seja melhor explorada por profissionais e usuários, sob o risco dessa prática se pautar no senso comum, de que ser humano no cuidado em saúde é simplesmente sorrir ou praticar outras gentilezas, deixando assim, profissionais e usuários, de cobrar melhorias como direito, baseadas no que diz a política de humanização do SUS.

**Palavras-Chave:** Humanização. SUS. Política de Saúde.

## ABSTRACT

This work is the result of research conducted between July 2011 and took place in the Program of Integral Attention to Women (PAIM) of the Municipal Health Service (SMS) of Campina Grande / PB. This study aimed to understand how the Municipal Health Service has implemented the National Policy of Humanization in PAIM. We conducted a study of descriptive and analytical approach to quantitative and qualitative, by the description and analysis of social phenomena in order to understand the reality of this institution. We interviewed 20 women in the period from July 2011, following approximately 15% of the total monthly attendance PAIM. The instrument used for data collection was semi-structured interviews. From the discussion and analysis undertaken in this study it was found that the professional is trying to provide a humanized, however, disclosure of the policy itself needs to be more humane this service to be better exploited by professionals and users at risk this practice be based on common sense, that a human being in health care is simply smile or perform other kindnesses, thereby leaving professionals and users, as the right to charge enhancements, based on what the policy says the humanization of the SUS.

**Keywords:** Humanization. SUS. Health Policy.

## LISTA DE SIGLAS

CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PAIM	Programa de Atenção Integral à Mulher
PDRE	Plano Diretor de Regionalização
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SMS	Serviço Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>O DEBATE SOBRE A POLÍTICA SOCIAL E SEU DESENVOLVIMENTO NO CONTEXTO INTERNACIONAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES .....</b>	<b>10</b>
2.1	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO .....	15
<b>3</b>	<b>HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: UM DEBATE POLÍTICO E CONCEITUAL .....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>AS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER: RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>31</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO .....	31
4.2	OS ASPECTOS INDICATIVOS À SAÚDE .....	32
4.3	ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NO PAIM: ENTREVISTA COM AS USUÁRIAS .....	35
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>45</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>48</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>51</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A política de Saúde, enquanto tripé da Seguridade Social brasileira, a partir do processo de redemocratização adquire caráter universalista. Com a criação de um Sistema Único de Saúde, em 1988, passa a integrar todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral com participação da comunidade. No entanto, a partir do contexto da década de 90, tal política não vem sendo implementada efetivamente, tendo impasses e regressão, momento em que há uma contra reforma do estado no sentido de desmonte dos direitos sociais juridicamente estabelecidos na Constituição Federal de 1988, em sintonia com as ideias neoliberais.

Com a perspectiva de reafirmar as conquistas do SUS segundo a qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado” apontando para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) - HumanizaSUS, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, vem tentando transformar as práticas tradicionais de atenção à saúde no Brasil.

No ano de 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização, com o intuito de reduzir o tempo de espera nas filas, oferecer um atendimento acolhedor e resolutivo e assegurar os direitos dos usuários.

Tal proposta se deu devido às práticas recorrentes de desumanização no atendimento dentro dos serviços de saúde brasileiros, tais como a privação do acesso e da comunicação à informações, o tratamento das pessoas como coisas, como um problema e, muitas vezes, com preconceito de raça, cor, etnia e classe social, surgindo assim a necessidade de se pensar práticas que assegurassem a qualidade no atendimento de saúde.

Neste sentido, a supracitada política tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção nos serviços de saúde pública, buscando na prática a redução de filas e tempo de espera com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco e garantia dos direitos dos usuários a um acesso ordenado e organizado bem como a um tratamento adequado e efetivo para seu problema de forma acolhedora e livre de qualquer discriminação.

Nessa perspectiva, o objetivo geral desse trabalho consistiu em compreender como o Serviço Municipal de Saúde tem implementado as diretrizes da Política Nacional de Humanização no atendimento ginecológico e de mastologia do Programa de Atenção Integral

à Mulher<sup>1</sup> (PAIM). Os objetivos específicos consistiram em verificar como vem se dando a relação de acolhimento entre os profissionais de saúde do PAIM e as usuárias do serviço bem como analisar se há agilidade e resolutividade no atendimento do respectivo programa.

A necessidade desse estudo decorreu da vinculação com o campo de estágio supervisionado em Serviço Social no Serviço Municipal de Saúde, fazendo surgir o interesse pelo estudo das práticas de saúde desenvolvidas nesse espaço, bem como pelas políticas que as orientam.

A questão norteadora desse estudo consistiu em investigar como o Serviço Municipal de Saúde vem implementando as diretrizes da Política Nacional de Humanização no atendimento às usuárias do PAIM. Destarte, a relevância desta pesquisa consistiu em avaliar como vem sendo implementadas as diretrizes da Política Nacional de Humanização no Programa de Atenção Integral à mulher no Serviço Municipal de Campina Grande.

O procedimento metodológico utilizado foi o estudo de abordagem descritivo-analítico qualitativo, buscando-se compreender as dimensões e o contexto histórico do objeto de estudo. Foram entrevistadas 20 mulheres no período que corresponde ao mês de julho de 2011, obedecendo a aproximadamente 15% da totalidade do atendimento mensal no PAIM. As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um gravador e de um roteiro semi-estruturado.

Através da análise do conteúdo das mensagens coletadas nas entrevistas transcritas conseguiu-se recortes da fala que puderam indicar se há ou não a presença da prática humanizada de saúde no PAIM de acordo com os preceitos da referida política acima citados e cada uma das entrevistadas, todas maiores de 18 anos, não identificadas pelo nome, concordaram em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento previamente acatado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba.

---

1 O PAIM foi escolhido como locus da pesquisa por ser um espaço de práticas interdisciplinares, sendo portanto, espaço de inserção do Serviço Social.

## 2 O DEBATE SOBRE A POLÍTICA SOCIAL E SEU DESENVOLVIMENTO NO CONTEXTO INTERNACIONAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

As primeiras formas de atenção pública às necessidades sociais são as Leis dos Pobres inglesas (*Poor Laws*), especialmente a instaurada em 1834. As *Poor Laws* foram um sistema de ajuda social aos pobres que se desenvolveu após a substituição da ordem feudal pela capitalista, seguida de generalizada miséria, desabrigos e epidemias. O sistema das *Poor Laws* auxiliou até o surgimento do Estado de bem-estar moderno do pós Segunda Guerra Mundial. A política social só ganhou densidade institucional e dimensão cívica quando o *Welfare State* se firmou em meados do século XX como a instituição diretamente responsável pelo atendimento de necessidades sociais agravadas pelo inexorável desenvolvimento capitalista (PEREIRA, 2008).

Tal Fato foi impulsionado pela Revolução Industrial, desde a segunda metade do século XVIII, com a sua capacidade sem precedentes de produzir bens materiais e de poder livrar as classes trabalhadoras da pobreza herdada do processo de construção dos Estados nacionais, desde o fim da idade média e pelas mobilizações sociais em torno da conquista de direitos individuais – civis e políticos – influenciadas pelas revoluções burguesas, especialmente a francesa, de 1789 que transformaram a antiga ordem feudal na ordem capitalista dominada pela produção mercantil e pela ideologia liberal.

A legislação inglesa sobre as *Poor Laws*, de um modo geral data do século XIV, quando se aprovavam leis para tratar dos “pobres impotentes” e sobre os problemas causados pelos “vagabundos” e mendigos. A história das *Poor Laws* inglesas divide-se em Antiga Lei dos Pobres, de 1388, aprovada durante o reinado de Eduardo III e Nova Lei dos Pobres aprovada em 1834. A *Poor Law* tinha um caráter mais punitivo que protetor, e utilizava inclusive castigos físicos como forma de controle social, mas não muito eficiente e eficaz no alcance de seus objetivos de conter a “vagabundagem” e a mendicância. A Nova Lei dos Pobres aprovada em 1834, modificou expressivamente o sistema existente de diminuição da pobreza que era administrado de forma local a nível das paróquias para um sistema altamente centralizado que favorecia o desenvolvimento em grande escala de *Workhouses* – local para onde eram encaminhados toda e qualquer espécie de pobre, do reinado elizabetano (PEREIRA, 2008).

As escassas atenções públicas às necessidades sociais, geridas por um Estado ainda socialmente restrito, viam no pobre não um titular de direitos, mas um perigo à ordem pública. A *Poor Law* de 1834, em particular representou um brutal retrocesso das anteriores tentativas do gênero de garantir ao pobre o direito de viver e um freio a ideia de que a política social poderia se tornar uma forma de satisfação de necessidades humanas (PEREIRA, 2008). Esta nova Lei foi introduzida para reduzir o custo de cuidar dos pobres, custo este pago pelas classes médias e alta que suspeitavam estarem pagando os pobres para serem preguiçosos e evitarem o trabalho. Sob esta lei impôs-se um sistema que seria o mesmo em todo o país. Paróquias foram agrupadas em união e cada União teve que construir uma casa de trabalho nas quais as condições eram duríssimas para que somente aqueles que precisassem desesperadamente de ajuda fossem para elas. Lá as famílias eram separadas, jovens e velhos trabalhavam duro muitas vezes quebrando pedras e crianças eram alugadas para trabalharem nas fábricas ou minas. As *Workhouses* representavam uma ameaça àqueles que se tornassem desempregados, doentes, velhos, órfãos, pois eram a única forma de ajuda e parecia punir as pessoas que eram pobres, atribuindo-lhes a própria culpa. Dessa forma, a pobreza tornou-se bastante útil para as classes detentoras dos meios de produção, a burguesia, que transformaram as *Workhouses* em fontes de acumulação primitiva, ou exploração mercantil do trabalho (PEREIRA, 2008).

As críticas e pressões contra o pauperismo das massas passaram a ser denominado de questão social, ganhando adeptos e fornecendo elementos que justificavam, já no século XIX, a introdução de medidas pontuais de proteção social. A percepção de uma gigantesca pobreza convivendo com uma produção de riqueza sem precedentes, fruto do modo de produção capitalista promoveu crescente agitação em todas as classes sociais. Neste mesmo século surgiu o Serviço Social como iniciativa da burguesia em exercer um certo controle sobre os proletários.

Os trabalhadores se fortaleceram e se organizaram em torno de reivindicações por proteção social e trabalhista e os anos 1880, conheceram uma virada na história do trabalho caracterizado pelo começo de uma nova militância. A introdução do seguro social na Alemanha governada por Otto Von Bismarck nos anos 1880 foi uma modalidade de política social que representou uma importante inovação quando comparada ao que existia sob as antigas Leis dos Pobres, mesmo que se restringisse a um grupo estrategicamente específico, o trabalhador, temendo maiores reivindicações.

A legislação do seguro social exigia que o Estado protegesse o trabalhador contra a perda de renda advinda de doenças, acidentes, envelhecimento, mortes prematuras e outras contingências sociais, inaugurando uma prática que se faz presente até hoje, de tratar a política social como direito requerido pela sociedade e encampado pelos poderes públicos. Aos poucos o velho liberalismo foi cedendo lugar ao novo liberalismo. Os líderes do novo liberalismo, diz (PEREIRA, 2008), preocupavam-se com a eficiência econômica e competitividade internacional e estavam cientes de que a defesa nacional e o fortalecimento da economia tinham estreita relação com o bem-estar dos trabalhadores e da população em geral. Nas décadas que precederam a Primeira Guerra Mundial os princípios e as políticas das velhas leis dos pobres foram superadas, mas as ideias liberais se fizeram presentes na organização da saúde e do seguro desemprego. Seus programas tornaram-se contributivos sob o argumento de preservação do senso de responsabilidade dos trabalhadores e ambos se pautaram pela concepção de mínimos sociais como direito de todos.

Somente com a institucionalização do *Welfare State* como um fenômeno do segundo pós Guerra, formalmente intervencionista, a política social se tornou um meio possível e legitimado de concretização de direitos sociais de cidadania. Seu surgimento está relacionado a demandas por maior igualdade e reconhecimento de direitos sociais e segurança econômica, concomitantemente com demandas do capital de se manter reciclado e preservado, pois todos os países capitalistas industrializados haviam experimentado a crise resultante da depressão econômica que começou em 1929.

A partir de 1945, a feição liberal dominante do capitalismo deixou de se reger basicamente pelo princípio do livre mercado (*laissez-faire*), para ser temporariamente regulado, que exigiu a redefinição das funções do Estado. Da articulação entre mercado e Estado foram formuladas e gerenciadas políticas favorecedoras de pleno emprego e de um conjunto de serviços e benefícios, que na perspectiva de direitos, asseguravam aceitáveis padrões de vida aos cidadãos, tais como: seguro social obrigatório, leis de proteção do trabalho, salários mínimos, ampliação de instituições e serviços de saúde e educação e programas de habitação subsidiados, mas sem, contudo, alterar a estrutura dominante do capitalismo. Porém no âmbito das modernas estruturas do Estado de Bem-Star, firmaram-se vigorosas forças sindicais, constituíram-se, expandiram-se e multiplicaram-se direitos de cidadania e fortaleceram-se instituições democráticas. A política social de acordo com (PEREIRA, 2008), define uma área de atividades e interesses que deve ter como fim último produzir bem-estar social, e requer conhecimento do alvo a ser atingido, estratégias e meios apropriados para a consecução da política, organização, amparo legal e pessoal capacitado. O

bem-estar pode ser associado ao combate de cinco gigantes, quais sejam: miséria, doença, ignorância, ociosidade e insalubridade por meio das políticas de seguro social, saúde, educação, emprego e habitação.

Por se afigurar como uma política pública, ou seja, de todos e para todos, a política social requer a participação ativa do Estado, sob o controle da sociedade, no seu planejamento e execução de procedimentos e metas voltados para a satisfação de necessidades sociais. De acordo com (PEREIRA, 2008), a política social é uma política de ação que se desenvolveu historicamente, sob a direção de diferentes formas de Estado. No *Welfare State*, instituição do século XX, as políticas sociais têm forte identificação com o conceito de cidadania, diferentemente das políticas sociais das Leis dos Pobres (*Poor Laws*), por exemplo, instituídas desde o século XIV, e que, apesar de constituírem um sistema de proteção estatal, não asseguravam direitos.

O Welfare State é um sistema de organização social que procura restringir as livres forças do mercado em três principais direções: garantido direitos e segurança social a grupos específicos da sociedade como crianças, idosos e trabalhadores; distribuindo, de forma universal, serviços como saúde e educação; e transferindo recursos monetários para garantir renda aos mais pobres, face a certas contingências como a maternidade ou a situações de interrupção de ganhos devido a fatores como doença, pobreza e desemprego. [...] como um sistema de proteção social contraditório, assim como a política social, ele atende ao mesmo tempo interesses contrários e é resultado de mais de cem anos de conflitos de classes e mais de cinquenta anos de desenvolvimento de serviços sociais conquistados por movimentos democráticos (PEREIRA, 2008, p. 177).

A mundialização do capital marca um período de esgotamento da perspectiva de regulação keynesiana de crescimento econômico e social graças ao estabelecimento de políticas sociais amplas e universais. O período pós-1970 marca o avanço dos ideais neoliberais que encontraram na crise capitalista de 1969-1973, os argumentos para criticarem a instituição do Estado social, que permitiu a instituição do *Welfare State*.

A prerrogativa neoliberal prega a não intervenção do Estado na economia e a contenção dos gastos sociais. O primeiro programa de governo a assumir os princípios neoliberais de forma mais “pura”, segundo Behring e Boschetti, (2010), foi o governo Thatcher na Inglaterra, em 1979. Com a emissão monetária, elevação da taxa de juros, diminuição dos impostos sobre altos rendimentos, abolição sobre o controle dos fluxos financeiros, criação de níveis de desemprego maciço, enfraquecimento das greves, aprovação de legislações anti-sindicais, corte nos gastos sociais e instituição de amplo programa de

privatização. Tais medidas, no entanto, nesse e em outros países de capitalismo central na década de 80, não foram capazes de resolver a crise do capitalismo nem alterar os índices de recessão e baixo crescimento econômico.

Contudo, as medidas apresentaram implicações destrutivas para as condições de vida da classe trabalhadora, “pois provocaram aumento do desemprego, destruição dos postos de trabalho não-qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução de gastos com as políticas sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 127). A estrutura do financiamento e gastos públicos com ampliação das contribuições dos assalariados e redução das contribuições dos empregadores, também agudizou as desigualdades sociais. As tendências de retração do investimento social se confirmam na década de 90 e início do século XXI, inclusive nos países da Europa do Norte, onde prevaleceu o *Welfare State*, de acordo com dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como afirmam Behring; Boschetti, (2010).

As políticas sociais com a hegemonia neoliberal, a reestruturação produtiva e as mudanças na organização do trabalho têm sofrido importantes mudanças, pois o desemprego de longa duração, a precarização das relações de trabalho, a ampliação de oferta de empregos temporários, instáveis e não associados a direitos, restringem o acesso aos direitos provenientes de empregos estáveis, além da tendência de expansão dos programas de transferência de renda, confirmada na maioria dos países europeus desde 1970. As políticas sociais nos países capitalistas centrais no século XXI seguem na direção de sua restrição, seletividade e focalização, não sendo possível prevê seu futuro. Preconiza-se como parte da solução para a saída da crise capitalista o pluralismo de bem-estar, fundamentado na junção entre Estado, mercado e sociedade na providência social, sem deixar de considerar a imensa luta de classes e de domínio que há por trás desses mecanismos de regulação.

A política social no Brasil, só alcançou seu contorno social-democrata com a elaboração da Constituição Federal de 1988. Contudo, a contra-reforma do Estado vem impedindo a efetivação dos direitos sociais conquistados através das lutas populares e dos movimentos sociais num contexto em que, inclusive estes foram abatidos pela ofensiva neoliberal. A política econômica monetarista e de ajuste fiscal, travestida de “reforma” difundida ao longo dos anos 1990, trouxe fortes impactos para a política social e para as condições de vida da população. No governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), foram enfatizadas as privatizações e a reforma na previdência social sob o pretexto de tirar o país da crise econômica e social instalada no país desde 1980, numa perspectiva “modernizadora”, a qual tinha como guia o Plano Diretor de Regionalização (PDRE). O Programa de

Publicização, a separação entre formulação e execução das políticas, as medidas provisórias, entre outras são aspectos da contra-reforma do Estado brasileiro que redirecionam as políticas sociais, com uma convergência geral para a restrição e diminuição de Direitos, desrespeitando os preceitos estabelecidos no Art. 6º da Constituição Federal que versa sobre a construção de um padrão público e universal de proteção social.

O projeto de ajuste neoliberal antinacional, antidemocrático e antipopular desenhado pela classe dominante brasileira, determinou um Estado de mal-estar, resultante da contenção/limitação/desintegração das rudimentares experiências de seguridade social.

A privatização provoca uma dualidade discriminatória (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 159), entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços compondo no campo das políticas sociais públicas um movimento de transferências patrimoniais. A seletividade, a focalização do acesso aos comprovadamente pobres, a refilantropização das políticas sociais substituindo a política pública constituídas na perspectiva do *Welfare Mix* em prejuízo do *Welfare State* Keynesiano significa um retrocesso histórico.

## 2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO

A saúde emerge como “questão social” no Brasil, no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo a emergência do trabalho assalariado, como afirma Bravo (2009), e afirma ainda que a tentativa de extensão dos serviços por todo o país, através da Reforma Carlos Chagas, de 1923, era uma estratégia do poder central de ampliar seu poder em âmbito nacional no interior da crise política sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922. Para Mendes (1993), no ano de 1923, com a Lei Eloy Chaves, surge a Previdência Social no Brasil com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores.

Nos anos 1920, a assistência médica era atribuição central, permanente e obrigatória das CAPs. Quando estas passaram a ser organizadas por categorias profissionais, transformando-se no ano de 1933 em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), a previdência social brasileira assume a doutrina do seguro e de 1930-1945 a assistência médica coloca-se como função provisória e secundária, onde a preocupação da previdência era de caráter contencionista, com vistas a uma acumulação. Contudo, neste período o Estado passa a ser um dos financiadores da Previdência Social e a contribuição passa a ser tripartite. A

política de saúde que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950 com a Criação do Plano Salte, de 1948, que abrangia as áreas da Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, tendo a Saúde como uma de suas prioridades como também com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Porém, até 1964, salvo algumas melhorias nas condições sanitárias identificadas nos anos 50, 56, 63, não se conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil e geral (BRAVO, 2009).

A massa de trabalhadores atraídos para os centros urbanos pelo processo de industrialização brasileiro na década de 1950, demandava uma atenção maior por parte do sistema de saúde que precisava atuar sobre o corpo do trabalhador e assegurar a manutenção da força de trabalho, devendo ser substituído o modelo sanitarista campanhista. “A par de criar uma seguridade social à brasileira (MENDES, 1993), no final do Governo Kubitschek promulga-se a Lei Orgânica da Previdência Social que garantia a uniformização dos benefícios e, em 1963, surge o Estatuto do Trabalhador Rural. Dá-se continuidade ao movimento de concentração da Previdência Social com a substituição dos IAPs pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. A junção dos IAPS teve como consequência o afastamento dos trabalhadores do jogo político excluindo-os da gestão e reservando para os mesmos apenas o papel de financiadores da previdência. O modelo médico privatista consolidou-se dada a sua coincidência com o período do “milagre econômico” e com o período de estabilidade autoritária que contou com a ação solidária dos atores relevantes, quais sejam a tecnoburocracia estatal, os produtores de serviços e de bens médicos e pela contínua expansão da clientela previdenciária (MENDES, 1993).

A política assistencial no período de 1964 a 1974 foi ampliada, burocratizada e modernizada pelo Estado que utilizou o binômio repressão-assistência, com o objetivo de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, diminuir as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, bem como acumular capital, mas o bloco de poder instalado, não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar sua hegemonia, precisou gradativamente transformar a sua relação com a sociedade civil, através de uma nova via de intervenção, que legitimasse a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais (BRAVO, 2009). De 1974 a 1979, a política social teve por finalidade obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as exigências e pressões populares.

A política de saúde na década de 80, momento de transição democrática, passa a contar com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Nessa década, a saúde passa a assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Entraram em cena, nessa conjuntura, profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição, movimentos sociais urbanos e entidades da sociedade civil.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 1986, em Brasília, foi o fato marcante para a discussão da questão saúde no Brasil.

Reunindo mais de cinco mil pessoas, das quais mil delegados, a VIII CNS discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social. O relatório final desta CNS passou a significar a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novas vertentes e integrantes, entre os quais se destacam o Movimento Popular de Saúde e os secretários municipais de saúde que viriam a constituir o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) (SCOREL e GIOVANELLA, 2008, p. 429).

Um dos principais aspectos do movimento sanitário aprovados na Constituição Federal de 1988, foi a construção do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma única rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade. O projeto reformista do Estado influenciado pela política neoliberal nos anos 1990, ao agendar a reforma da previdência teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição Federal de 1988.

A Reforma do Estado é outra estratégia que visa o desmonte dos direitos sociais. Considerando que há esgotamento da estratégia estatizante o Estado propõe a criação de uma esfera pública não estatal, ou seja, um Estado que exerce funções públicas obedecendo às leis de mercado, assumindo um modelo gerencial de administração. O Estado deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social e passa a ser o promotor e regulador (BRAVO, 2009).

Os impactos da ofensiva neoliberal na saúde brasileira é o sucateamento, a refilantropização, a redução de gastos é o desrespeito ao princípio da Equidade, da Integralidade e da Universalidade do SUS. Os prejuízos podem ser observados na alocação dos recursos, afastamento do conceito ampliado de saúde contido no projeto de reforma

sanitária que visa um completo bem-estar físico, mental e social, que deve ser alcançado através da prevenção, promoção e proteção da saúde.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011, p. 54).

No projeto saúde articulado ao mercado cabe ao Estado assegurar um mínimo aos que não podem pagar pelos serviços, ficando à cargo do setor privado o atendimento dos que podem pagar. Têm-se o caráter focalizado, individualista e fragmentado da política de saúde, em detrimento das concepções coletivas e universais do projeto sanitário.

Os aspectos de inovação que podem ser destacados anos 1990 são a criação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), para tratar da pactuação entre as três esferas de governo (SANTOS, 2009), e especialmente com a implementação da NOB 1996, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços básicos de saúde em todo o país através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básica (NOBs) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde, o SUS coloca entre suas ações e serviços a atenção à Saúde da Mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o financiamento ou subfinanciamento da saúde que é regulamentada pela Emenda Constitucional (EC) n.º 29/2000, EC 29, sempre representou um grande entrave para a efetivação das ações previstas de acordo com os princípios do SUS constitucional, a começar pela demora de mais uma década para ser regulamentada, fato que só ocorreu recentemente, no ano de 2011. A sua aprovação em 2000 estabeleceu um volume de recursos do ponto de vista federal que não corresponde a finalidade da emenda e não foi amplamente obedecida pelos Estados, sobrecarregando dessa maneira os municípios.

A regulamentação da EC 29, em seu texto define claramente o que deve ser considerado gasto em saúde e fixa os percentuais mínimos de investimento na área pela União, Estados e Municípios. No texto, ficou mantida a regra aprovada pelo Congresso que obriga a União a aplicar na saúde o valor empenhado no ano anterior, mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Já os estados e o Distrito Federal deverão investir 12% de sua receita, enquanto os municípios devem investir 15%. Além de estabelecer os gastos mínimos na saúde, a nova lei define que os recursos aplicados no setor sejam destinados às “ações e serviços públicos de acesso universal, igualitário e gratuito”. São considerados gastos em saúde a compra e

distribuição de medicamentos, gestão do sistema público de saúde, desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovido por instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros (GALVÃO, 2012, p. 01).

Com a perspectiva de reafirmar as conquistas do SUS constitucional, segundo a qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado” apontando para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) - HumanizaSUS, vem tentando transformar as práticas tradicionais de atenção à saúde no Brasil. Deslandes (2006), diz que os seres humanos são portadores de necessidades fisiológicas e psicológicas, e o cuidado que se preocupa em provê-las pode ser entendido como humanizado. Essa dimensão subjetiva do afeto entre humanos, o acolhimento (uma das diretrizes ou orientações gerais da PNH), o diálogo, ganha enquadramento teórico sendo visto como estratégicos na produção de cuidados em saúde.

Acolhimento não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BVS, 2012, p. 1).

Os Princípios da PNH são: Transversalidade; Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

O SUS instituiu uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Entre os avanços e conquistas, pode-se facilmente destacar que há um SUS que dá certo, através da Universalidade, da reorganização da oferta e das práticas, da gestão colegiada, do fortalecimento do processo de descentralização, mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, ainda estão em debate às formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que definem os modos de se produzir saúde e onde investir recursos, entre outros.

A qualidade do sistema de co-gestão, a segmentação do cuidado, a disputa de recursos entre os entes federados, a implantação de diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada, para a ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida e melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde, são apenas alguns dos desafios que se colocam para o SUS (BRASIL, 2004).

A seguir discutiremos a Política de Humanização do SUS e sua importância no campo da saúde, considerando os princípios e diretrizes que orientam o SUS, na produção de saúde.

### 3 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: UM DEBATE POLÍTICO E CONCEITUAL

Muito se tem discutido a respeito da humanização do atendimento em saúde. O estudo da referida temática é de grande relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário (SIMÕES et al, 2007).

O debate sobre a humanização dos cuidados em saúde, como afirma Deslandes (2006), é, para muitos, uma espécie de novo modismo ou conceito de ocasião, criado para nomear uma suposta óbvia vocação dos cuidados. De acordo com Casate e Corrêa (2005), a temática vem sendo debatida desde a década de 1950 e se faz necessária considerando que nos serviços de saúde há situações "desumanizantes" apontadas no decorrer da história, relacionadas a falhas no atendimento e nas condições de trabalho.

De acordo com Casate e Corrêa (2005) a discussão sobre a temática em tela se desenvolveu inicialmente nas décadas de 50 a 70 fazendo referência acerca do confronto *tecnologia versus humanização* e é somente no final da década de 90 e início de 2000, que a temática aparece com mais evidência nos debates de saúde.

Para Deslandes (2006), revisitar esse debate nos mostra a persistência de alguns dilemas éticos, morais e ideológicos e mostra a complexidade da reflexão que envolve o conceito de humanizar o cuidado em saúde ou o que seria desumanizá-lo neste âmbito, tomando como referência os princípios do SUS e da PNH. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento.

Em outros termos, ser humano é reconhecer que cada pessoa é insubstituível e que possui singularidades definidoras de uma identidade única. Estar insensível a esse aspecto conduziria a tratamento rotinizado, padronizado, impessoal ou falsamente personalizado (o sorriso de plástico). Por isso, o atendimento padronizado não é necessariamente, sinônimo de desumanização, assim como um tratamento diferenciado também não significa um cuidado humanizado. Como afirma Deslandes (2006), é o caráter holístico de cada pessoa que impõe indagar sobre quais aspectos de sua vida são relevantes para o cuidado em saúde que dirá como e com que legitimidade o profissional de saúde os abordará.

Dicionários da língua portuguesa definem a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana. Portanto, é possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem (SIMÕES et al, 2007).

Os seres humanos são produtores de necessidades fisiológicas e psicológicas, e o cuidado que se preocupa em provê-las pode ser entendido como humanizado. Um dos primeiros significados da desumanização, de acordo com Deslandes (2006), seria:

- a) Tratar as pessoas como coisas, indicando a persistente ação de não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objeto de intervenção clínica;
- b) Vê-las como problema que denota a perseverante prática em saúde de reduzir a pessoa à sua patologia;
- c) Ver as pessoas como pessoas de menor valor, ou seja, atribuir *status* e hierarquia num dado sistema social através de leituras raciais/étnicas, de classes sociais, de gênero e eugênicas, entre outros critérios classificadores;
- d) Isolá-las no sistema de saúde que expressa a despersonalização, reclusão, solidão e não reciprocidade entre pessoas doentes e seus cuidadores no sistema de saúde;
- e) Tomá-las como recipientes de cuidados subpadronizados que denuncia a possibilidade de que se dispense a determinada pessoa ou grupo (por indiferença, discriminação ou negligência) um cuidado inferior, de menor qualidade quanto ao conhecimento ou tecnologia disponível para cuidar de determinado agravo de saúde;
- f) Considerar as pessoas sem escolha, ou seja, não reconhecer a autonomia e liberdade de ação tanto dos usuários quanto dos profissionais num dado modelo de atenção;
- g) Pessoas interagindo como *icebergs* que diz respeito às propagandas de neutralidade e objetividade biomédica com o intuito de prover melhor discernimento na tomada de decisões e que gerariam interações frias e distanciadas com os usuários;
- h) Pessoas em ambientes estáticos e estéreis que trata das preocupações com o ambiente, sublinhando a importância de um equilíbrio entre as necessidades funcionais do trabalho médico e o bem-estar que o ambiente poderia gerar resgatando uma maior proximidade com o mundo real através de espaço de troca e socialização como jardins, salas de estar ou ambiente de privacidade;
- i) Negar o direito à vida que se remete ao debate moral e ético sobre a responsabilidade dos profissionais na preservação da vida.

De acordo com Casate e Corrêa (2005), baixos salários, falta de recursos humanos e materiais quanti e qualitativos suficientes, racionalização, mecanização e burocratização excessiva do trabalho, atuam como fatores desumanizantes na saúde. Nesse sentido, o redirecionamento do papel do Estado influenciado pela política de ajuste neoliberal segundo Bravo (2009), coloca o projeto da Reforma Sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988 em disputa com o projeto de saúde articulado ao mercado, pautado na política de ajuste fiscal cuja tendência é a contenção de gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, remetendo a uma espécie de reatualização do modelo médico assistencial privatista.

Tais características ao mesmo tempo que remetem a situações desumanizantes na saúde pois tem como premissa concepções individualistas e fragmentadas de cunho reformista com focalização e desfinanciamento nas ações se opondo ao caráter coletivo e universalista contra-hegemônico, vêm trazer uma falsa idéia de preocupação com a saúde, delegando a responsabilidade de suas ações às organizações não governamentais, organizações da sociedade civil de interesse público, e outros mecanismos com objetivos idênticos, num processo de precarização e terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde.

Neste trabalho defendemos a humanização como sendo Política pública para a atenção e gestão no SUS fundamentando-se no respeito e valorização da pessoa humana, e constituindo um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão dos serviços. Com base em uma reflexão sobre humanização como uma dimensão de política pública e sobre sua relação com o Estado e as possíveis formas de atualização de seu poder/discursos. (DESLANDES, 2006). Diferentes sujeitos, como as redes sociais de suporte, serão também reconhecidos como integrantes das relações de cuidado, conformando novas configurações de poder e participação, sem confundir essa cooperação com isenção de responsabilidades.

Percebe-se que não existe incompatibilidade entre tecnologia e humanização mencionado em muitos textos ao longo dos anos como afirmam Casate e Corrêa (2005), visto que, a compreensão da humanização está relacionada a este modo de perceber o usuário no contexto dos serviços de saúde fundamentado no respeito e valorização da pessoa humana em articulação com a competência técnica e tecnológica.

A tendência corporativa das profissões de saúde, as várias formas de degradação da medicina de mercado e a burocratização excessiva das organizações estatais limitam a capacidade resolutiva dos serviços de saúde. A ênfase demasiada na técnica é a regra da maioria desses serviços. Na maior parte das situações, os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com as questões sociais e subjetivas dos usuários, o que culmina na fragilização de suas práticas de atenção (FERREIRA, 2005, p. 3).

O nascimento da medicina hospitalar passa pelo deslocamento da atenção do doente à doença. O hospital, por sua vez, tal como o concebemos hoje, é próprio do ocidente (FERREIRA, 2005). A partir da Idade Média, o hospital configurava a tradição institucional da caridade. “A maioria dos estudos das décadas de 50 a 70, ao se referirem ao confronto tecnologia x humanização, compreendem a humanização como uma possibilidade de resgatar valores caritativos/religiosos” (CASATE; CORRÊA, 2005). No contexto neoliberal esse caráter de benevolência e caridade na atenção à saúde é de certa forma, retomado uma vez que o usuário não é visto na sua integralidade nos serviços de saúde e sua inserção na maioria das vezes figura como se fosse privilégio e não como um direito, ficando a cargo de sua própria responsabilidade ou de terceiros os cuidados com a saúde.

Para Deslandes (2006), a humanização pode estar entendida no reconhecimento do intrínseco valor da vida humana, na insubstituibilidade de cada ser humano e no reconhecimento das pessoas em sua integralidade.

Segundo o supracitado autor, tal reconhecimento traz ao centro do debate as questões da igualdade, equidade e a discussão sobre a saúde como direito e não como privilégio dos que podem pagar. Afirmar que cada pessoa é insubstituível é reconhecer que cada um possui singularidades definidoras de uma identidade única que impõe indagar sobre quais aspectos de sua vida são relevantes para o cuidado em saúde e sobre a importância de um cuidado que articule equidade com integralidade.

A humanização do cuidado estaria baseada, pois, em uma relação que pressupõe a liberdade de ação, o status de igualdade e o compartilhamento na tomada de decisões, em tratar o outro como igual, remetendo a um sentido de reciprocidade e empatia e de acesso à informação e a importância dos afetos entre humanos numa relação que envolve a dramaticidade da dor e da morte (DESLANDES, 2006).

Segundo Deslandes (2006), a legitimidade da temática da humanização em saúde ganha novo status quando, em 2000, o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da Décima Primeira Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo

ano. O PNHAH constitui uma política ministerial bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil.

O objetivo fundamental do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições. O Programa foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de atenção à saúde e não mais um programa específico (provisoriamente intitulada “Humaniza Sus”).

Em 2003, o Ministério da Saúde definiu a Humanização do SUS como uma área de atuação prioritária. Desde então, o Programa de Humanização passa a ser subordinado à Secretaria Executiva do Ministério, sendo então denominado Política Nacional de Humanização (PNH) (MARTINS; BÓGUS, 2004).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão, proposta pelo Ministério Saúde em 2003, apresenta um caráter transversal, perpassando todos os níveis de atenção à saúde. A humanização é entendida como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho. O diferencial dessa política reside também na preocupação com a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, proporcionando condições adequadas para a execução das atividades laborativas e para que os que cuidam possam ter suas necessidades satisfeitas. Humanizar é, então, “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004).

Com a PNH, a proposta inicial foi ampliada e seu foco deixou de ser o sistema hospitalar, passando a ser todo o sistema de saúde. A PNH considera, como fundamentais as mudanças nas profundas desigualdades socioeconômicas, nos problemas de acesso aos serviços de saúde, na desvalorização dos trabalhadores de saúde, na precarização das relações de trabalho, no baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores, na pouca participação destes na gestão dos serviços e no frágil vínculo com os usuários (MARTINS; BÓGUS, 2004).

De forma geral, a humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na atenção e mesmo da compreensão da condição humana e dos direitos humanos, segundo o entendimento de que os usuários têm o direito de conhecer e decidir sobre os seus diagnósticos e tratamentos (FERREIRA, 2005). Humanizar se refere ao reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de

conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados.

A proposta da PNH coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população, bem como estratégias de ampliar os direitos das pessoas. Avançando na perspectiva da transdisciplinaridade, propõe uma atuação que leve à ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade.

A PNH trabalha para consolidar, marcas como, a responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; o seu acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro, reduzindo filas e tempo de espera para atendimento; a garantia dos direitos do código dos usuários do SUS; a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, entre outros (BRASIL, 2004).

O acolhimento significa a humanização do atendimento, isto é, das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema.

Esse arranjo busca organizar uma nova “porta de entrada” que acolha todas as pessoas, assegurando a boa qualidade no atendimento, resolvendo o máximo de problemas e garantindo o fluxo do usuário para outros serviços quando necessário. Pode ser entendido, ainda, como um processo que se inicia antes mesmo do usuário chegar ao serviço de saúde, devendo ser definido como um “modo de resposta” às necessidades que são expressas pelos mesmos.

Alguns autores, de acordo com Carvalho et al (2008), trataram o acolhimento como uma tecnologia para a reorganização dos serviços, visando à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento.

A política em tela reconhece que há um SUS que dá certo e que nos informa sobre as possibilidades de avançar na reforma sanitária. É dessa experimentação que se pode extrair métodos, diretrizes e dispositivos para se para se construir o arsenal teórico-metodológico necessário ao enfrentamento dos problemas que ainda se fazem presentes na organização e funcionamento do sistema e serviços de saúde.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil, realizada no ano de 2000, nos convocou a humanizar o SUS e o HumanizaSUS nasce deste processo, configurando-se como política pública, pois emana de anseios do povo brasileiro, que registrou naquela conferência a necessidade e o desafio de humanizar o SUS (BRASIL, 2010). Ao se questionar sobre os

modos de cuidado, vem à tona o tema da eficácia nas práticas de saúde, o cuidado prestado para além do episódio clínico ou do agravo, para além da queixa, o cuidado no tempo, questionando a capacidade de os serviços e equipes de saúde tomarem para si responsabilidades pelos encargos sanitários. O desdobramento dessa questão é como garantir o cuidado quando se faz necessária a intermediação entre serviços e equipes, ou seja, como se garante cuidado longitudinal em um sistema de saúde que tem em geral relações burocratizadas e pouco personalizadas? Este tema traz à tona a questão da transversalidade dos cuidados, da integração de práticas clínicas, da gestão compartilhada da clínica.

Os sintomas desses problemas se apresentam como fenômenos de desumanização e traduzem em filas desnecessárias; descaso e descuidado com as pessoas; incapacidade de lidar com histórias de vida, sempre singulares e complexas; práticas descabidas (como a discriminação, a intimidação, a submissão a procedimentos e práticas desnecessárias, a cobrança “por fora”, a exclusão e o abandono), talvez as experiências mais bárbaras às quais as pessoas podem ser submetidas. “Nesta medida, não se trata de humanizar o humano, senão de enfrentar e lidar com relações de poder, de trabalho e de afeto estas sim produtoras de práticas desumanizadas considerando nosso horizonte ético e humanístico” (BRASIL, 2010, p. 66).

Nesta perspectiva, a humanização é uma aposta metodológica, um certo modo de fazer, lidar e intervir sobre problemas do cotidiano do SUS. Este método é a tríplice inclusão: inclusão de pessoas, de coletivos e movimentos sociais e da perturbação, da tensão que estas inclusões produzem nas relações entre os sujeitos nos processos de gestão e de atenção, tomados como indissociáveis, pois dessa forma são produzidas as mudanças nos modos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2010).

A PNH responde a proposta da humanização com princípios, diretrizes (orientações ético-políticas) e dispositivos e toma cinco diretrizes centrais para orientar a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde: Acolhimento, Gestão Democrática, Clínica Ampliada, Valorização do trabalho e Garantia dos direitos dos usuários (BRASIL, 2010).

- a) **Acolhimento**, orientação ética, pois o toma como base do contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum que vamos chamar de produção do cuidado compartilhado, corresponsabilização. Acolher é, pois, o que inaugura e sustenta processos de cuidar. Acolher, todavia, não significa apenas interagir a partir do aceitar aquilo que o outro traz mas, a partir disto, produzir desvios, produzir movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes, de novas éticas;

- b) Gestão Democrática** das organizações de saúde, dos processos de trabalho deformação, da clínica e da saúde coletiva. Democracia implica necessariamente compartilhamento de poder, portanto das decisões, orientadas por princípios éticos e políticos. Gestão democrática é princípio, é orientação, mas se sustenta sobre práticas, então democráticas. Horizontalizar o poder, ampliar a inclusão de sujeitos na gestão e na clínica, construir corresponsabilização, não são atos do acaso, mas construídos segundo dispositivos e arranjos para tal fim. Colegiados gestores, trabalho em equipe, rodas de discussão, inclusão da rede sócio-familiar dos usuários, Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), entre outros são exemplos de medidas concretas para uma gestão democrática e compartilhada;
- c) Clínica Ampliada.** Ampliação de suas bases conceituais, avançando para além da alopatia, da racionalidade clínica da biomedicina; ampliar incluindo práticas complementares; ampliar para além do biológico, incluindo as dimensões social e subjetiva (afinal, a produção de saúde se dá para além e aquém da experiência material do corpo); ampliar para ação interdisciplinar, com aposta no trabalho em equipe. Construir uma relação clínica que seja uma experiência de troca entre sujeitos, não de alguém que sabe e alguém que não sabe; uma clínica que não seja encontro episódico, mas a construção de vínculo e confiança no tempo, permitindo a contração de responsabilidades na rede de saúde; enfim, ampliar a clínica significa reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sócio-familiar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua;
- d) Valorização do trabalho** dos trabalhadores da saúde, sem a qual não se fará de forma sustentada a reforma sanitária de nosso país, capaz de enfrentar iniquidades e de ampliar nossa experiência civilizatória. Valorizar o trabalhador é permitir e garantir sua inclusão na gestão, na construção das organizações de saúde; valorizar é assegurar condições de trabalho, de exercício das profissões de forma digna, com ambientes e remuneração adequados; valorizar o trabalhador é assegurar que as organizações de saúde não se transformem em cabides de emprego, nem em lugares em que práticas e atitudes inaceitáveis se reproduzam e se naturalizem, como o descaso com o sofrimento das pessoas, com as histórias de vida; valorizar o trabalhador é produzir modos de gestão das organizações que coloquem o interesse público acima de tudo e não do partido ou do grupo que está no governo; valorizar o trabalhador e o trabalho é, portanto, tarefa decorrente da ampliação de nossa capacidade de produzir processos civilizatórios e democráticos mais extensos, plurais e regidos pelo interesse público;

- e) **Garantir os direitos dos usuários**, na direção da produção de co-responsabilização. Com isto não se quer afirmar direitos desconhecendo deveres. A produção de saúde se faz na justa medida da produção corresponsabilizada do cuidado, que significa produção ativa de saúde entre os sujeitos, trabalhadores e equipes-usuários e sua rede sócio-familiar. Usuários têm direitos à informação, a inclusão nas práticas/ações de saúde (consultas, exames, internações, etc.), se esta for sua opção, de pessoas de sua confiança; direitos de ter respeitadas suas opções sexuais, religiosas e políticas, que não podem ser discriminadas; direito a uma equipe/profissional de referência que lhe cuide, que agencie os processos de relação com demais trabalhadores e serviços de saúde.

O Código de Ética profissional do Assistente Social possui princípios/atribuições que estão plenamente em consonância com os valores da PNH, pois reconhece a liberdade do sujeito como valor ético central e as demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; seu posicionamento é em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática e seu compromisso é com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

De acordo com Regis (2011), o crescimento do espaço ocupacional dos Assistentes Sociais na área de gestão de pessoas em saúde pública vem aumentando, e esses profissionais têm sido chamados a atuar também em programas de "qualidade de vida no trabalho", saúde do trabalhador, gestão de recursos humanos, entre outros programas e por ser um área que produz um movimento que transpõe as paredes das unidades de gestão e do próprio Serviço Social, envolvendo diversas especialidades e sendo transversal a todos os setores possibilita aos profissionais de Serviço Social que atuam nesta área por natureza interdisciplinar, buscar assegurar uma perspectiva generalista em prol do atendimento das mediações voltadas para a melhoria na produção de saúde e a elaboração de respostas profissionais em todos os níveis de atenção.

O Ministério da Saúde considera que um dos maiores problemas para o processo de implementação do SUS está na área dos Recursos Humanos, e se estes forem capazes de interferir positivamente na modificação das condições de vida e saúde da população a partir do acolhimento, podem ajudar a solucionar algumas questões da saúde, no que diz respeito à

atenção. Percebe-se que a humanização nos serviços de saúde pode ser incluída como um elemento essencial para a melhoria de qualidade nos serviços.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS entende que a tarefa de humanizar convoca a todos- gestores, trabalhadores e usuários e objetiva um SUS comprometido com a humanização em todas as suas instâncias, programas e projetos, fortalecido em seu projeto de pactuação democrática e coletiva.

Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores que incluem, entre outros, valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.) bem como à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta: Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado; e outros.

A humanização como política transversal deve atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras (da atenção e da gestão) do SUS, traduzindo seus princípios em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, construindo trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos, oferecendo um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente e contagiando por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2004).

A PNH trabalha para consolidar marcas como a redução de filas e tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; garantir que os serviços de saúde se responsabilizem por sua referência territorial e as unidades de saúde pela informação ao usuário, gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores.

O compartilhamento de saberes, o reconhecimento de direitos, a boa relação entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos segundo suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero, implicam numa atenção humanizada e de boa qualidade. A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e exige permanente reflexão sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação e demanda auto conhecimento para que se possa compreender o outro sem imputar valores, opiniões, ou decisões.

## **4 AS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER: RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O PAIM está localizado na segunda maior cidade da Paraíba e a seguir será feita uma breve caracterização dos seus aspectos objetivando conhecer um pouco de suas particularidades territorial, histórica, social e econômica.

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO**

Campina Grande/PB está localizada em uma posição geograficamente estratégica na Serra da Borborema a uma altitude de 551 metros e a uma distância de 125 km da capital João Pessoa. A cidade é conhecida como “Campina”, “Rainha da Borborema” “Cidade Universitária”, “Tech City” ou “Capital do interior do Nordeste”, sendo a líder de uma região metropolitana conjugada por 23 municípios e população estimada em 687.545 habitantes. (SEPRONE, 2011).

Campina Grande destaca-se no segmento de prestação de serviços, no comércio e por ter um arranjado parque industrial. A cidade é considerada uma importante referência na produção de tecnologia. As empresas High Tech instaladas na cidade desenvolvem softwares para diversas partes do mundo. A cidade é considerada um polo tecnológico com reconhecida capacidade de produzir conhecimento e mão de obra especializada. A cidade foi considerada, segundo a revista Newsweek, como o maior polo tecnológico da América Latina e aloja três universidades públicas e onze privadas. Dessa forma, Campina Grande é chamada de Oásis Digital pelas suas características de inovação na área tecnológica (SEPRONE, 2011).

Fundada em 01 de dezembro de 1697, tendo sido elevada à categoria de cidade em 11 de outubro de 1864 a cidade de Campina Grande exerce relevante influência política e econômica sobre o Compartimento da Borborema, composto por mais de 60 municípios, aproximadamente 01 (um) milhão de habitantes.

Do ponto de vista da agenda cultural e do turismo de eventos, Campina Grande vem se destacando pela realização de grandes eventos, como o Maior São João do Mundo responsável pela projeção nacional da cidade. O evento dura 30 dias no mês de junho e em função da grande dimensão da festa, o mesmo foi incluído no calendário nacional da EMBRATUR como uma das três maiores festas do Brasil.

#### 4.2 OS ASPECTOS INDICATIVOS À SAÚDE

A década de 90 é marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Essa municipalização da gestão do SUS é uma firme prioridade do Ministério da Saúde. As funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (inerentes à gestão do SUS) representam condições essenciais para o alcance da resolubilidade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população, alvo final de todos os esforços em curso.

O fortalecimento da gestão descentralizada constitui estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população às medidas dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal fortalecimento depende, todavia, da participação decisiva dos secretários de saúde e dos prefeitos, o que de fato já vem ocorrendo na grande maioria dos municípios e propiciando os avanços obtidos (BRASIL, 2001).

Campina Grande conta com 19 hospitais, distribuídos entre públicos (federal, municipais e filantrópicos) e privados, 93 unidades básicas de saúde, e 9 centros de referência de saúde, dentre eles o Serviço Municipal de Saúde (SMS) que possui diversas especialidades médicas (CAMPINA GRANDE, 2012).

O SMS fica, localizada no prédio do antigo Hospital Dr. Francisco Brasileiro, na Rua Siqueira Campos, 605, no bairro da Prata, no município de Campina Grande, Estado da Paraíba. Entre os programas existentes no mesmo, está o Programa de Atenção Integral à Mulher (PAIM).

Inaugurado em Campina Grande no dia 16 de maio de 1997, o SMS tem uma área de abrangência dos bairros da Prata, São José e Centenário, que fazem parte do Distrito Sanitário com diversas especialidades tais como ginecologia e mastologia bem como diversos profissionais envolvidos – Assistentes Sociais, Psicólogos, Médicos, Enfermeiros e outros.

Programa de Atenção Integral à Mulher – abrange atendimento de média e alta complexidade (biópsia, colposcopia, cauterização e Cirurgia de Alta Frequência - CAF), consultas ginecológicas e exames básicos (citologia).

O Programa de Saúde da Mulher existe no SMS desde a sua fundação e contava apenas com o atendimento ginecológico e mastológico. O programa, no entanto, já contava com a equipe profissional composta por Assistente Social, Médicos e Enfermeiros. Em 2006 foram incluídas na equipe duas psicólogas e o programa passou a funcionar também como um Núcleo de Prevenção a Violência do município de Campina Grande. Devido a sua maior abrangência nas ações de saúde da mulher passou a se chamar PAIM.

O objetivo do PAIM é desenvolver um trabalho psicoeducativo com as mulheres do setor de ginecologia e mastologia, com o objetivo de esclarecer as usuárias acerca de HIV/AIDS e outras DSTs sua prevenção tratamento; sobre o procedimento clínico ginecológico; fornecer informações sobre a Lei Maria da Penha; planejamento familiar; acolher a mulher violentada, informar e orientar a cerca de seus direitos e encaminhá-la ao acompanhamento psicológico do SMS, entre outras ações.

A socialização de informações é essencial para que se tenha um conhecimento real dos serviços oferecidos pelo SUS, bem como para o fortalecimento dos mesmos e a necessária reivindicação pelo que ainda não tem sido efetivado na prática.

As atividades desenvolvidas no PAIM são: Palestras psicoeducativas realizadas pela Psicóloga e Assistente Social; Encaminhamento dos exames ginecológicos para o laboratório o qual é realizado pelo setor de Serviço Social; Encaminhamento dos casos de neoplasia para o serviço especializado realizado pelo setor de Serviço Social; Atendimento ginecológico e mastológico realizado pelos médicos e enfermeiros.

O perfil das usuárias do PAIM pode ser observado a partir de um trabalho de caracterização do campo de estágio supervisionado em Serviço Social no período de 24 a 28 de maio de 2010 junto às usuárias do programa, no turno da tarde, perfazendo um total de amostra de 32 mulheres. No programa referido há uma grande rotatividade de mulheres. A média mensal é de 100 usuárias atendidas no programa.

A partir dos dados coletados foi possível observar que a faixa etária das mulheres atendidas no PAIM é muito ampla, compreendendo dos 18 aos 73 anos de idade. Da amostra das mulheres pesquisadas, a maioria que se destaca no que se refere à idade são as que correspondem à faixa etária entre os 18 e os 25 anos de idade.

Em se tratando da escolaridade, a grande maioria não possui o Ensino Fundamental completo e com relação ao estado civil, as mulheres estão divididas entre solteiras e casadas. A grande maioria das usuárias do PAIM possui renda familiar de até 1 salário mínimo. Com relação a ocupação a maioria delas afirma exercer atividades domésticas dentro do seu próprio lar. As demais se dividem principalmente entre empregadas domésticas e trabalhadoras autônomas nas atividades de costureira, cabeleireira, babá, entre outras.

É possível observar que o nível sócio econômico das usuárias do PAIM é baixo, pois na maioria dos casos a renda é de até um salário mínimo e a escolaridade em sua maioria não ultrapassa o ensino fundamental.

No âmbito da saúde, a atuação profissional do Assistente Social, deve estar pautada em uma proposta que objetive o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica (CFESS, 2009).

A partir da Resolução nº 218, de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde, o Serviço Social é reconhecido como profissional da Saúde. O(A) Assistente Social especificamente como profissional da Saúde tem como competência intervir nos fenômenos sócio-culturais e econômicos, no nível da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2009),

a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

A observação sobre as ações de busca para a contribuição com o esclarecimento das usuárias do PAIM a respeito de temas relevantes no que se refere à saúde da mulher para, desse modo, colaborar com o processo de promoção da saúde, prevenção de possíveis agravos à saúde, bem como a recuperação no caso de ocorrência dos mesmos, que está em plena consonância com os princípios da PNH e do SUS, fez desenvolver a curiosidade acerca das

práticas de humanização dentro SMS, ou seja, em que medida essas práticas vem sendo efetivada na respectiva instituição.

As ações socioeducativas na sala de espera com as usuárias do PAIM no SMS estão em consonância com as diretrizes da categoria profissional do Serviço Social, bem como com as legislações que direcionam o exercício profissional do assistente social. De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010, p. 52),

essas ações consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática. Devem-se constituir em eixo central da atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde. O seu enfoque abrange diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação a rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular.

De acordo com o objeto de estudo proposto no projeto de pesquisa (a Humanização na Saúde, tendo como questão norteadora a investigação da implementação das diretrizes da PNH no Serviço Municipal de Saúde, enfocando as práticas de acolhimento, resolutividade e agilidade no atendimento às usuárias do serviço), passaremos a analisar os dados coletados nas entrevistas com essas mulheres.

#### 4.3 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NO PAIM: ENTREVISTA COM AS USUÁRIAS

Para verificar se há práticas de humanização no atendimento prestado no PAIM e no SMS, faz-se necessário uma análise a partir do olhar das pessoas que utilizam o referido serviço (as mulheres) porque são elas que estão sendo submetidas ao método de trabalho empregado nesta instituição e suas avaliações acerca do tratamento recebido é que vão dizer como as ações de saúde do SMS estão em consonância com os princípios da PNH.

Primeiramente foi indagado sobre como as mulheres entrevistadas tomaram conhecimento do PAIM no SMS: metade respondeu que foi através do posto de saúde do bairro e de outros serviços e outra metade através de conhecidas ou parentas que já haviam

utilizado o referido serviço, fazendo crer que de certa forma vem sendo desenvolvido um trabalho diferenciado dos demais, visto que as mulheres que por lá passaram recomendaram para outras, e sempre dando boas referências.

*Através de outras pessoas que me indicaram. Não estou lembrada quem, mas foi também uma pessoa que já tinha feito aqui e falou que era muito bom. Também fui no Francisco Pinto e lá eles atendem também a área do São José mas ela mandou eu vir aqui. Aí uma amiga minha fez e falou que é muito bom aqui, que o resultado sai bem rápido, que tem um programa aqui muito bom. É tanto que nos outros não tem assim como é aqui, não é? Eu achei aqui bem interessante (Entrevistada 03).*

*Eu acho que foi conversando com as pessoas né, pedi informação de um serviço... [o serviço] daqui era bem melhor, aí vim (Entrevistada 11).*

É demonstrado também através das fala e da percepção ao longo do período de estágio que os postos de saúde no município não têm o suporte que deveriam e encaminham muitas vezes uma gama de mulheres para o SMS para realizarem exames relativamente simples, como coleta de lâmina pois nos postos dos bairros não tem ginecologista ou tem apenas de tempos em tempos, ou colocam enfermeiros para desenvolver esse trabalho e muitas mulheres não se sentem confiantes, pois querem ter o direito de sentirem-se seguras sendo examinadas por um profissional habilitado para essa tarefa.

Dessa forma ações que podem ser desenvolvidas na atenção básica são encaminhadas para o serviço que deve atender casos clínicos mais complexos, de nível secundário podendo sobrecarregá-lo.

*Foi do meu bairro, mas lá não tem médico não (risos), aí eu vim de novo para cá (Entrevistada 14).*

A atenção básica utiliza tecnologias de elevada complexidade humana e baixa densidade tecnológica, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Quando indagado como se deu o processo de marcação de consulta para elas serem atendidas na instituição, as entrevistadas foram unânimes em afirmar que não enfrentaram maiores dificuldades.

*Foi ótimo! Bem atendida. Marquei no mesmo dia vim para o médico. Depois que eu vim para aqui não fui mais para outro não porque aqui eu fui bem atendida e sempre eu venho para aqui agora. Já cheguei, marquei e já fiz e já fiz, vou mostrar o exame hoje ao médico (Entrevistada 10).*

*Diferente do meu bairro, foi ótimo não é? Porque lá a gente não tem assim... acesso rápido. E aqui não, a gente chega, faz a lâmina aqui e nem demorou muito chegar nem nada..Não teve nenhum problema (Entrevistada 13).*

Elevados tempos de espera tem se constituído um problema comum em sistemas públicos de saúde com consequências importantes para sua qualidade. Os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema Único de Saúde (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011). A redução das filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco é uma das marcas pretendidas pela PNH.

O primeiro contato das usuárias na instituição se deu com diversos profissionais, mas, sobretudo, com os profissionais do setor de marcação de consultas, na direção do respectivo serviço. Perguntadas sobre quais os primeiros profissionais que as receberam no serviço, quatorze das vinte entrevistadas responderam que foram as atendentes da direção do serviço e as demais disseram que o primeiro contato foi com a assistente social, psicóloga e enfermeira.

*O pessoal da recepção (Entrevistada 02)*

*Foi lá em baixo onde marca (Entrevistada 04)*

*Diretamente lá na marcação (Entrevistada 12)*

A fim de saber se no SMS os profissionais tem uma postura acolhedora, de acordo com os preceitos da Política de Humanização do SUS, pedimos que as entrevistadas descrevessem como foi esse primeiro contato e em seguida, se nesse contato elas receberam informação de como funciona o serviço. Ao descreverem o primeiro contato apenas duas

usuária se mostraram relativamente satisfeitas e as demais consideraram bom e ótimo. De acordo com as respostas obtidas foi possível perceber que a informação neste serviço limita-se quase que totalmente ao setor do PAIM.

*Foi mais ou menos, porque ela deu uma informação de que é para marcar para ginecologista ia ser uns 15 dias a um mês, está entendendo? E se eu quisesse já fazer o exame ela já marcava só que eu estava perto de menstruar aí eu pedi para ela que marcasse pelo menos uns quinze dias depois, aí foi como eu consegui (Entrevistada 11).*

*Eu acho natural. Nem assim, nem um atendimento!! Mas eu acho aqui na casa de saúde o atendimento um dos melhores mas no termo para mulheres, o atendimento é melhor do que o HU, ele é mais concentrado ali na mulher, como tem as palestras, já em outro canto você não vê isso, isso é difícil você vê! Não é o atendimento, não é? Que hoje a saúde aqui está meio... não é só aqui, é em todo o canto. Mas também não foi essa coisa também! (Entrevistada 16).*

O acesso a informação é um direito dos usuários dos serviços de saúde e uma atitude que remete a uma prática humanizada na atenção, bem como é dever do Estado dar condições para que se efetive essa prática, através da qualificação permanente dos profissionais de saúde. Os gestores e profissionais da saúde devem incorporar uma postura ética e comprometida com o direito à informação, o respeito às diversidades, o acolhimento ao desconhecido e a afirmação da condição de cidadão.

A informação clara e objetiva, o esclarecimento e a defesa dos direitos das pessoas que utilizam os serviços de saúde são temas que pautam as ações da área da saúde. Por outro lado, a proteção aos direitos tem no acesso à informação um registro que potencializa a capacidade de fazer valer os direitos. Uma sistematização que garanta e amplie o fácil acesso da população, contribui para o objetivo de gerar conhecimento e ampliar a equidade, a integralidade e a humanização dos serviços (BRASIL, 2009). Quando indagadas se no primeiro contato com o serviço receberam informação sobre o seu funcionamento, dez das entrevistadas responderam que sim e dez disseram que não receberam.

*Sim. Tivemos uma palestra antes de fazer o exame (Entrevistada 01).*

*Lá em baixo não! Agora essa menina aí [Psicóloga] na palestra dela é que ela informa (Entrevistada 03).*

*Ela (a Psicóloga), disse que agente vinha, era atendida aqui e aqui mesmo já tinha o tratamento, tinha os exames, aí graças à deus, foi que eu me animei mais (Entrevistada 17).*

A relação médico-paciente vem sendo historicamente objeto de estudo, por ser uma relação que se dá geralmente de forma desigual e vem passando ao longo dos anos, por diversas transformações não só pelos avanços tecnológicos, massificação da prestação do serviço, vulnerabilidade do paciente, como pela maior preocupação do ordenamento jurídico com a tutela da pessoa humana, a autonomia do paciente. Trata-se de uma relação que envolve direitos fundamentais à vida, envolve a própria vida, cujo centro de interesse deve ser, a dignidade da pessoa humana. Por isso, a necessidade de informar o usuário dos serviços de saúde, para melhor realizar suas escolhas, garantindo sua autonomia, podendo o médico responder pela falta do dever de informar (PEREIRA, 2009).

Nesse sentido, quando indagadas sobre a conversa com o médico acerca do seu estado clínico, se houve informações sobre o processo de tratamento, as respostas das entrevistadas foram bem diversas e uma usuária afirmou ter sido bem esclarecida.

*Graças a Deus não falou sobre doença não, que eu não tenho doença nenhuma. Só sobre o exame somente, que era para fazer o exame, trazer o resultado, pronto. Não! Eu sei que tem gente que tem, comigo graças a Deus falou nada, ter cuidado de nada não, porque graças a Deus está tudo bem, só rotina mesmo (Entrevistada 12).*

*Vou ver hoje [risos], porque a que colhe [enfermeira] a lâmina, ela só colhe (Entrevistada 03).*

*Eu mostrei a mamografia a médica e ela olhou e não falou nada não (Entrevistada 06).*

*Ficou bem claro. Ela fez uma colposcopia, fez outros exames que eu esqueci, não estou com ele aqui e fez uma queimagem e disse que pode voltar isso, não é? (Entrevistada 13).*

A relação médico-usuário é uma temática que hoje encontra um renovado interesse na produção científica. Uma melhor relação entre cuidador e quem está sendo cuidado, não tem somente efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, mas exerce também uma influência direta sobre o estado de saúde dos usuários.

Culturalmente, o modelo biomédico centrado na doença diminui o interesse pela experiência do usuário, pela sua subjetividade. Hoje não é mais suficiente organizar os serviços de saúde mais eficientes, mas também considerar, o respeito dos valores subjetivos do paciente, a promoção de sua autonomia, as diversidades culturais.

Essa relação se torna assimétrica à medida em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído e no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica. Este profissional precisa ser estimulado a pensar o paciente na sua inteireza, como um ser biopsicossocial, e a perceber o significado do adoecer para o paciente.

Caprara e Rodrigues (2004), falam da necessidade de um processo de humanização da relação entre médicos e pacientes, reconhecendo a necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento da doença. Esta proposta aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social e não somente de um ponto de vista biológico.

O tratamento em tempo hábil deve ser observado, pois pode fazer a diferença entre a vida e a morte de uma pessoa. É, portanto, um direito do usuário do sistema de saúde, um direito constitucional e uma prática consonante com as diretrizes da PNH.

Ao serem questionadas sobre quanto tempo demorou para começar o tratamento, metade responderam que entre um e dois meses por razões pessoais, seis disseram que ainda iam mostrar o resultado do exame ao médico e quatro das entrevistadas responderam que foi entre uma e duas semanas.

*Não demorou muito não, foi na mesma semana (Entrevistada 09).*

*Foi rápido, não demorou muito tempo não, acho que mais ou menos foi uns dois meses pra tudo, entendeu? Colhi a lâmina aí a médica falou da biópsia, falou do outro que era pra fazer, a colposcopia, um negócio assim, pronto! Fiz tudo, aí a última vez que eu vim já foi pra fazer a queimagem. Não, não demorou muito tempo não, eu é que não pude vir na época tá marcando porque moro longe. Mas se eu tivesse continuado vindo, aí tinha sido atendida mais rápido ainda (Entrevistada 13).*

Indagadas sobre o que poderia ser melhorado no serviço, apenas três usuárias fizeram observações neste sentido. Uma com relação ao tempo de obtenção dos resultados de exames e, outra, com relação ao número de médicos e uma sobre o acesso aos medicamentos.

*Eu acho que o atendimento está muito lento, porque eu mesma vinha com um problema, então você recebe o exame com um mês depois, é muito tempo. Eu acho que está muito lento! Eu fui comprar para mim medicamento só que o farmacêutico não quis me vender, aí fica difícil, você não pode tomar antibiótico sem a receita. Aí como é que você vai ser curada de uma doença? Pode até surgir outra coisa dentro do corpo (Entrevistada 11).*

Sua preocupação é óbvia do ponto de vista clínico e legítima, pois perpassa a questão da agilidade e da resolutividade que são diretivas da PNH, para se alcançar um resultado eficiente e eficaz em saúde. Agilidade e Resolutividade significam resolver em tempo hábil, poupando o usuário do serviço de saúde do sofrimento físico e psicológico. Uma postura ágil no sentido da resolução implica acolhimento e humanização das práticas de saúde e respeito aos direitos dos usuários do SUS.

Ao serem informadas de que é permitido optar por levar o exame para análise em laboratório particular se assim a usuária preferir, a fim de obter um rápido diagnóstico, a usuária responde:

*O SUS é um direito nosso, é um direito que você pode exigir. Então não tem porque você pegar um exame seu e levar a um particular! Fosse para levar particular, ia ao médico particular. Se um paciente vem para o SUS é porque ele não está com condições financeiras de ter um particular, porque quem ia escolher o SUS entre o particular?*

O SUS faz parte do dia a dia de todos os brasileiros, pois através desse sistema são desenvolvidas ações de vigilância em saúde, programas de prevenção e tratamento de doenças, produção de tecnologia e conhecimento, entre outros, mas não é reconhecido em suas diversas dimensões. Quando compramos um medicamento ou mesmo quando usamos a água em grande parte de nossas atividades, estamos usando o SUS.

Ao longo dos anos, com boa parte da população, em especial a classe média optando pelos planos privados de saúde, aliado ao fato de gestores públicos, trazerem para si o crédito de realizações que, na verdade, são viabilizadas pelo sistema público de saúde, fortaleceu a cultura de que o SUS é para pobres (LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2012).

O Brasil dispõe de um conjunto de normas que resguarda amplamente o usuário dos serviços de saúde, contudo há um diminuto conhecimento dos seus direitos, e o usuário se sente fragilizado e impotente ao tê-los violados. Além disso, quando necessita acessá-los, normalmente encontra-se pela própria condição de saúde, em estado de debilidade física, mental ou emocional (BRASIL, 2009). Tal violação se constitui numa prática desumanizada

de atenção à saúde e ao bem-estar da pessoa que está em sofrimento. É possível inferir que o baixo índice de sugestões se deva ao desconhecimento dos direitos que são garantidos pelo SUS.

A segunda reclamação para a melhoria do serviço foi sobre o número de médicos. A resposta da entrevistada apresenta um pouco dos elementos citados anteriormente que passam pela preocupação legítima do direito ao atendimento de saúde e também um conhecimento vago sobre o mesmo, ou uma conformação adquirida pela própria descrença no sistema de saúde, ao considerar que a qualidade já se apresenta satisfatória em virtude do número reduzido de médicos.

*Ter mais médico né, assim.. a assistência não! Mas a quantidade porque a qualidade acho que não está precisando mudar tanto não, mas é a quantidade nãoé? Que hoje em dia as doenças estão indo muito rápido. Eu acho que a quantidade era melhor (Entrevistada 16).*

A terceira e última observação com relação ao que deve ser melhorado no serviço diz respeito ao acesso aos medicamentos.

*Assim, nós que somos carentes que não temos condições de comprar uma medicação, a gente tem que fazer um esforço, que possa que não possa, a gente tem que comprar. Eu acho que no serviço, eles deveriam dar o medicamento pelo menos para as pessoas mais carentes, que não tem condições de comprar. Deveriam botar uma medicação que desse pelo menos para socorrer àqueles mais precisados não é? (Entrevistada 17).*

Está na Constituição Federal de 1988: todo cidadão brasileiro tem direito à saúde. O que muita gente não sabe é que esse direito inclui também, além de atendimento médico e hospitalar, os medicamentos. O Ministério da Saúde desenvolve algumas ações, diretamente ou por meio de parcerias com os estados e municípios para aquisição e distribuição de medicamentos. Para os medicamentos da assistência farmacêutica básica, medicamentos estratégicos e para outros o Sistema Único de Saúde oferece, gratuitamente, conforme a Constituição Federal.

O programa de farmácias populares do governo federal inclui como ponto de venda ou distribuição dos medicamentos farmácias privadas, sendo alvo de crítica dos que consideram que a assistência farmacêutica deveria se dar nas unidades do SUS. O usuário sairia da consulta com o diagnóstico e os medicamentos necessários para o tratamento.

As ações de educação em saúde integram a agenda da política por novas formas de produção de saúde e de sujeitos. Diante disso os serviços de saúde necessitam fornecer novas formas de acolhimento, humanizando a atenção e melhorando a qualidade dos serviços de saúde prestados a população.

Neste sentido, considerando as necessidades dos usuários, a sala de espera tem o intuito de garantir um cuidado humanizado, efetivando a aproximação cada vez maior entre os usuários e os serviços de saúde.

É por meio da sala de espera que os profissionais da área da saúde têm a oportunidade de estar desenvolvendo atividades, como a educação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na promoção da saúde; proporcionando também uma melhoria na qualidade do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários, e melhorando a inter-relação usuário/sistema/trabalhador de saúde, além de constituir-se em uma forma de humanizar muitas vezes os burocratizados serviços prestados (RODRIGUES et al, 2009).

Quando indagadas sobre o que acharam das atividades desenvolvidas na sala de espera do PAIM, duas entrevistadas disseram desconhecer, uma afirmou ter conhecimento, mas que não acrescentou nada de novo e as dezessete restantes foram enfáticas em dizer da satisfação com o trabalho desenvolvido. Disseram ser um local bom, ótimo, um ambiente proveitoso, enfim, fizeram perceber que se sentem acolhidas e que o objetivo de humanizar o atendimento no programa vem obtendo êxito.

*Sim, foi ótima viu. Explicou bem direitinho exatamente até o exame que a gente ia fazer, e como era minha primeira vez, estava muito nervosa. A psicóloga explicou bem direitinho (Entrevistada 1).*

*É bom! Porque agente tem uma sessão de diálogo né, agente fica conversando enquanto passa o tempo, é melhor do que tá aqui nesses corredor né, lá você tá se informando das coisas né (Entrevistada 9).*

*Eu gosto! Gosto. Até você tava um dia lá, num tava? Eu gosto, eu gosto de sempre quando eu vim, eu gosto de ouvir pra pessoa ficar sabendo de mais coisa, né! Eu gosto de lá, abre mais a mente, agente fica mais entendendo mais das coisas..né. Fiquei sabendo de várias doenças eu fiquei sabendo, várias coisas eu fiquei sabendo (Entrevistada 13).*

Através da pesquisa realizada é possível observar que, apesar dos desafios para sua efetivação, há práticas em consonância com a PNH na instituição em destaque. No entanto, é possível comprovar que o PAIM falha em alguns pontos no que diz respeito a uma maior divulgação da própria política de humanização, no sentido de aperfeiçoar cotidianamente suas práticas de saúde juntamente com os usuários(as) do serviço.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da humanização enquanto política de saúde data de 2004, e necessita ser aprofundada e divulgada nas instituições de saúde e no meio acadêmico, pois é uma política criada com o objetivo de trazer melhorias nas práticas de atenção a saúde humanizando-a e reafirmando o SUS constitucional.

O interesse pela temática como objeto de estudo desse trabalho surgiu da observação de práticas diferenciadas na atenção a saúde em campo de estágio, despertando, assim, o interesse por investigar como o cuidado humanizado vinha sendo implementado no referido serviço, com base acolhimento às usuárias do PAIM e na agilidade de forma resolutiva para as questões apresentadas.

A partir de um estudo acerca da temática investigada bem como dos princípios da política de humanização comparado com o resultado das entrevistas, foi possível chegar a um resultado acerca das ações institucionais desenvolvidas.

De acordo com as entrevistadas o atendimento se mostra diferenciado em relação aos demais no que concerne ao acolhimento, à agilidade, à resolutividade, visto que quando chegam à instituição são informadas do seu funcionamento, dos procedimentos a que serão submetidas, são informadas sobre assuntos relevantes para sua saúde visando ao seu bem estar e seus problemas são resolvidos dentro de um razoável espaço de tempo.

Segundo a PNH, acolher significa atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população e tais marcas foram observadas nas práticas de saúde da instituição analisada. Pôde-se constatar tal postura através do empenho dos profissionais – Psicóloga, Assistente Social e de outros em buscar uma articulação com outros serviços, quando preciso para resolver o problema das usuárias. Percebe-se a busca pela efetivação do atendimento integral que é um dos princípios do SUS, defendido pela PNH, implicando responsabilidade por parte dos profissionais.

Constata-se que, de fato, o SMS é um ambiente no qual elas se sentem mais satisfeitas com o tratamento recebido e é perceptível a felicidade esboçada pela esperança de encontrar ali a solução para as questões que estão lhes afligindo. Ao menos, em suas palavras e mesmo durante todo o período de estágio não houve maiores reclamações, mas demonstração de satisfação, o que não é comum no serviço público de saúde neste contexto de contra reforma dos direitos sociais sob o imperativo neoliberal.

Todas as entrevistadas afirmaram não encontrar dificuldade para marcar suas consultas, o que significa que não precisaram madrugar em longas filas de espera bastante comuns no nosso sistema de saúde remetendo aí a uma prática humanizada no serviço, visto que é uma das marcas da PNH, acabar com o sofrimento e o constrangimento gerado por esse tipo de espera.

A espera no serviço público de saúde se constitui em um dos maiores dilemas enfrentados pelos usuários do sistema. Além da agilidade com que são marcadas as consultas e o tempo com que são resolvidas as questões apresentadas, considerado no geral positivo, é bastante relevante destacar no serviço investigado a forma como é feita essa espera. Das ações apresentadas pelo serviço a sala de espera é unanimidade entre as entrevistadas, (com exceção de uma que não conheceu), como sendo o melhor serviço da instituição.

É de comum acordo entre os profissionais que as palestras educativas, no sentido do cuidado com a saúde, do conhecimento do seu corpo, dos seus direitos como mulheres e cidadãs e diversos outros temas que são pertinentes à saúde, a mulher, a cidadania sejam ministradas antes do exame clínico, a fim de passar informações que possam deixá-las mais esclarecidas, seguras e estimular a autonomia mediante o reconhecimento de que são portadoras de direitos que devem ser cobrados e que são elas as protagonistas na instituição.

Dessa forma, a espera quase que inexistente, pois ao chegar ao serviço as mulheres vão para a sala de espera e o que deveria ser um protocolo para se chegar a consulta médica, se transforma em um tempo que apesar de não ser longo, é muito produtivo. Os temas debatidos, como, métodos contraceptivos, dinâmicas de auto estima, Lei Maria da Penha entre outros, tem grande aceitabilidade e participação das usuárias e as datas alusivas a mulher são sempre lembradas, abrindo espaço para novas discussões, o que torna a sala um ambiente bastante acolhedor e humanizado.

Portanto, apesar das dificuldades que são encontradas dentro do serviço público de saúde é possível concluir que há práticas consonantes com a PNH na instituição.

Com esta pesquisa foi possível observar as relações estabelecidas entre as usuárias e os profissionais de saúde, demarcando aspectos que indicam as atuais configurações do exercício profissional, trazendo reflexões críticas com o objetivo de contribuir na tomada de decisões quanto a gestão da política pública de saúde nesse serviço.

A discussão da PNH no SUS entre os sujeitos envolvidos (gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde), se coloca como estratégia inequívoca para a qualificação da atenção e da gestão, ou seja, para uma atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo. Cabe ressaltar a importância de novos estudos que possam analisar como vem se desenvolvendo a implementação dessa política a partir do olhar dos trabalhadores e dos gestores na instituição pesquisada.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, E. M. et al. Descentralização da saúde em Campina Grande, Paraíba, no âmbito da vigilância sanitária. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 155-167, jan./jun. 2008.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional de 05 de outubro de 1988**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde: v. 4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Direitos dos Usuários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 67/2010 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/94**. Brasília: Senado Federal, 2011.
- BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Acolhimento**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>> Acesso em: 20 abr. 2012.
- CAMPINA GRANDE. Prefeitura Municipal. **Campina Grande**. Disponível em: <<http://www.pmcg.pb.gov.br/cidade.htm>> Acesso em: 23 jun. 2012.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.
- CARVALHO, C. A. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 2, p. 93-95, abr./jun. 2008.
- CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, jan./fev. 2005.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (versão preliminar)**. Brasília: CFESS, 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011.

DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ESCOREL, S. GIOVANELLA, L. (Orgs) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2008.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 111-118, set./dez. 2005.

GALVÃO, Leandro. **Presidenta sanciona lei que define gastos da saúde**. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/presidenta-sanciona-lei-que-define-gastos-da-saude/>> Acesso em: 20 abr. 2012.

LAVOR, Adriano De; DOMINGUEZ, Bruno; MACHADO, Katia. **O SUS que não se vê: sistema faz parte do dia a dia de todos os brasileiros, mas não é reconhecido em suas diversas dimensões**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/104/reportagens/o-sus-que-nao-se-ve>> Acesso em: 20 abr. 2012.

MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITEC-ABRASCO, 1993.

BRAVO, Maria Inês de Souza [et al.], (Orgs) **Serviço social e saúde**. 4. Ed.- São Paulo: Cortez; Brasília DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

PEREIRA, P. A. P. **Política social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, P. M. F. L. A relação médico-paciente e a responsabilidade pelo dever de informar. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, 18., 2009. **Anais...** São Paulo, 2009.

REGIS, M. F. O Serviço Social e a área de gestão de pessoas: mediações sintonizadas com a Política Nacional de Humanização no Hospital Giselda Trigueiro. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, 2011.

RODRIGUES, A. et al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI**, v. 5, n. 7, p.101-106, maio. 2009.

SANTOS, N. R. A reforma sanitária e o sistema único de saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 33, 2009.

SEPRONE. **A cidade**: Campina Grande, PB. Disponível em:  
<[http://www.seprone.com.br/campina\\_grande.php](http://www.seprone.com.br/campina_grande.php)> Acesso em: 18 jun. 2012.

SIMÕES, A. L. A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto contexto**, Enfermagem, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set. 2007.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. De que forma você tomou conhecimento deste serviço?
2. Como se deu o processo de marcação de consulta para você ser atendida neste serviço?
3. Quais foram os primeiros profissionais que lhe receberam neste serviço?
4. Descreva como foi este primeiro contato.
5. Neste primeiro contato você recebeu informação de como funciona o serviço?
6. Na sua conversa com o médico(a) ficou claro a doença que você tem e como será o processo de tratamento?
7. Quanto tempo demorou para começar o tratamento?
8. O que você acha que precisa melhorar no serviço?
9. O que você acha da sala de espera?

# **ANEXOS**

**ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR (ES)****UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR (ES).**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo assinados, respectivamente, autor e orientanda, da pesquisa intitulada “A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução/UEPB/CONSEPE/10/2001.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CCEP/UEPB (Conselho Central de Ética em pesquisa/Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em pesquisa), relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CCEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Autor (a) da pesquisa

---

Orientando (a)

## **ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, me disponho a participar da pesquisa “A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE”, após ter sido informado(a) pelos pesquisadores que:

1. A pesquisa é pré requisito para conclusão do curso de Serviço Social da aluna Rosinéia Suênia de Almeida, orientada pela professora Ma. Thaísa Simplício Carneiro, lotada no Departamento de Serviço Social da UEPB.

2.O estudo tem os seguintes objetivos:

#### **OBJETIVO GERAL**

- Compreender como o Serviço Municipal de Saúde tem implementado as diretrizes da Política Nacional de Humanização no Programa de Atenção Integral à Mulher

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar como vem se dando a relação de acolhimento entre os profissionais de saúde do PAIM e as usuárias do serviço
- Analisar se há agilidade e resolutividade no atendimento do respectivo programa

3. Se desejar, para esclarecimentos ou outra necessidade, durante ou após a coleta dos dados, procurar os responsáveis pelo projeto nos seguintes telefones: Ma Thaísa (83-88326397); Rosinéia (83-87089794).

4. A participação é voluntária, podendo o/a entrevistado/a se retirar do estudo, se assim desejar, em qualquer momento durante a realização da entrevista, sem sofrer nenhum dano ou prejuízo pessoal ou profissional.

5. É assegurado o anonimato quando da divulgação dos resultados da pesquisa e resguardado o sigilo de dados confidenciais.

Ciente de tais informações, autorizo a gravação da entrevista e a divulgação dos resultados

Campina Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do/a entrevistado/a

\_\_\_\_\_

Assinatura do/a pesquisador/a

Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa

**ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL****PREFEITURA CIDADE DE CAMPINA GRANDE****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****CNPJ: 24.513.574/0001-21****SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Siqueira Campos, 605-Prata – Campina Grande-PB

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB”, desenvolvida pela aluna Rosinéia Suênia de Almeida do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Thaísa Simplício Carneiro.

Campina Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---