

CATIÚCIA MARA BESSA

**A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NO CONTEXTO ATUAL DE
SAÚDE: PSF**

**UBERABA
2011**

CATIÚCIA MARA BESSA

**A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NO CONTEXTO ATUAL DE
SAÚDE: PSF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Antonio Leite Alves Radicchi

**UBERABA
2011**

CATIÚCIA MARA BESSA

**A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NO CONTEXTO ATUAL DE
SAÚDE: PSF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Antonio Leite Alves Radicchi

Banca Examinadora

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi _____ UFMG

Profa. Eliana Aparecida Villa _____ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

Agradeço ao apoio da coordenadora do PSF, Cássia Ribeiro, pelo incentivo no início desta jornada, à Mirelly pelo apoio prestado, aos meus colegas de curso, Ana Tereza e Luiz Malveira, que foram muito companheiros e me ajudaram sempre que eu precisei.

Ao meu esposo Bruno que sempre me apoiou e compreendeu minha ausência para que eu concluísse este curso.

Acima de tudo a minha mãe que sempre me deu força e não deixou que eu desistisse desse meu objetivo.

Dedico, em especial, a minha mãe Janice e ao meu filho Victor que tanto amo!

“Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto.”

[Albert Einstein](#)

RESUMO

Este estudo procurou avaliar a importância e o conhecimento sobre humanização para os profissionais de saúde no Programa Saúde da Família e para a população assistida, através de uma pesquisa minuciosa da literatura e observação ativa, para analisar o desempenho do PSF a partir da perspectiva dos usuários, aumentando o nível de entendimento e satisfação da comunidade, destacando a qualidade dos serviços e profissionais desempenho da equipe. Métodos utilizados foram, revisão de literatura, um relato da experiência da autora com os usuários do programa, bem como a observação participante ativa da mesma no dia-a-dia da equipe. Observado a visão da comunidade em relação ao programa a partir das dimensões: cognitiva, relacional, organizacional e profissional. Descobriu-se que parte da equipe anseia melhor reconhecimento financeiro e profissional e que isso influencia em um melhor desempenho dos mesmos. Percebeu-se que os envolvidos associaram frequentemente uma atenção humanizada a melhores condições de atendimento em relação a recusos físicos, médicos, exames, demonstrando que o vínculo não ocupava lugar de destaque. Observou-se que há necessidade de uma formação mais humana, com a aquisição de novos conhecimentos, valores, práticas a fim estabelecer uma relação entre a equipe e as pessoas para construir modelos de atenção centrado na qualidade de vida.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família (PSF); Humanização, Modelo Assistencial

ABSTRACT

This study sought to evaluate the importance and knowledge for the humanization of health professionals in the Family Health Program and the população assisted through a thorough search of the literature and active observation, to analyze the performance of the PSF from the perspective of users, increasing the level of understanding and satisfaction of the community, highlighting the quality of services and professional team performance. Methods used were literature review, an account of the author's experience with program users, as well as observation of the same active participant in day-to-day team. Observed the community's vision for the program from the dimensions: cognitive, relational, organizational and professional. It turned out that the team craves recognition better financially and professionally and that influences a better performance from them. It was felt that those involved often associated with humanized attention to improved atten recusos for physical, medical examinations, demonstrndo that the bond did not occupy a prominent place. It was observed that there is a need for a more human, with the acquisition of new knowledge, values and practices in order to establish a relationship between the team and people to build models of care focused on quality of life.

Keywords: Family Health Program (FHP) Humanization, Care Model

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMPASA - Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

REDE UNIDA - Rede de Projetos Integrados Ensino – Serviço – Comunidade

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. DESENVOLVIMENTO.....	12
2.1. SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	12
2.1.2 Política Nacional de Humanização.....	15
2.2. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	17
2.3 METODOLOGIA.....	26
2.4 CARACTERÍSTICAS DA EQUIPE PSF FAMÍLIA SAUDÁVEL.....	27
3 RESULTADOS	35
REFERÊNCIAS	41

1. INTRODUÇÃO

Uma prestação de serviços em saúde comprometida com a humanização transcende questões relacionadas apenas à expressão de sorrisos, alegria e “aceitação incondicional do paciente”. A razão e o sentido de uma intervenção humanizada trarão em seu cerne uma nova visão de instituição de cuidados. Sua definição será a de um espaço de convivência que acolhe, cuida e possibilita a utilização de diversos recursos, enfatizando um projeto de invenção social e não se focalizando na doença. O ser humano não nasce quando adoecer. Para o profissional de saúde, certamente conhecer o caminho percorrido pela doença tem seu valor. No entanto, o valor do trabalho de quem cuida está na possibilidade de estabelecer um encontro com quem o procura.

Algumas questões precisam ser enumeradas, a saber: O que de fato caracteriza uma prática humanizada? O que seria humanização no âmbito da saúde? Pode-se falar em humanização sem inseri-la em outras questões da área? Respondê-las talvez não seja possível, porém articulá-las na discussão se revela como possibilidade de aprofundamento. Pode-se então afirmar que o conceito de humanização é articulado às políticas de saúde, ao modo pelo qual se concebe qualidade de vida, saúde e cidadania. É a partir dessa articulação que se pode pensar a construção de uma prática humanizada (BRASIL, 2005)

Segundo Duarte (2005), os profissionais da área da saúde devem possuir uma visão mais holística do ser humano, o que permite ao profissional reconhecer suas próprias responsabilidades e deveres para com o outro, orientando de forma ética seus comportamentos.

Segundo o mesmo autor, é importante apresentar alguns pontos de ética, citados como fazendo parte do “senso – comum” relativo às atividades exercidas pelos profissionais da área da saúde: Respeitar as confidências feitas pelos pacientes durante o serviço; Respeitar sempre a intimidade dos seus pacientes; O bom atendimento ao enfermo não permite que haja preconceito de qualquer natureza; Nunca fazer “diagnóstico” ou indicar medicações para quem quer que seja: esta prática é ilegal. Estes pontos, dentre inúmeros outros, deverão fazer parte do dia-dia e serem observados com rigor e exatidão.

Assim, quando falarmos em melhoria da assistência à saúde, não estaremos falando somente em competência técnica, mas também em assistência humanizada, onde esteja presente a concepção do homem como um ser vivo, inserido num contexto histórico e social e que tem vontade e opinião própria, e acima de tudo que merece ser tratado como ser humano e como cidadão com um atendimento de qualidade, integral e humanizado.

A Constituição Federal estabeleceu como competência do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Apesar de o discurso oficial apontar a questão dos recursos humanos como fundamental para a reformulação do velho e a implantação do novo sistema de saúde, basta um olhar superficial sobre a realidade para constatar o oposto. Os baixos salários, a inexistência de planos de carreira, a contratação sem parâmetros de lotação, a bipolaridade da força de trabalho em saúde, são dentre outros, sinais da baixa prioridade que os governos têm dado ao setor de Recursos Humanos (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde vem conquistando gradativamente o objetivo legítimo de levar a todo e qualquer cidadão o exercício pleno de seu direito a saúde, colocando em prática diretrizes e princípios básicos. Porém enfrenta grandes dificuldades em modificar o modelo de atenção ao cuidado da saúde que vem sendo construído e praticado ao longo de décadas, inserido numa história econômica, política e social que precisa ser respeitada, mas, sobretudo atualizada.

A necessidade de mudanças não é mais questionada. A complexidade na qual a saúde está imersa implica na existência de equipes multiprofissionais que tendem a crescer e a se solidificarem cada vez mais. Surge então, mais um desafio, a característica transdisciplinar que visa aprimorar ainda mais o trabalho de tais equipes, iluminadas pelo princípio da integralidade a que o SUS está sujeito.

Diante desta situação, numa tentativa de se entender, enquanto profissional de saúde, a favor da melhoria da qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde, propõem-se, neste trabalho, a operacionalização da Política Nacional de Humanização, que visa modificar a prática dos serviços de saúde, implementando ações conjuntas, compromissadas, e de responsabilização entre profissionais de diversas áreas e a própria comunidade.

O trabalho é dividido em três tópicos: no primeiro apresenta-se um Histórico do Sistema Único de Saúde, citando sua definição, diretrizes e princípios básicos; no segundo, uma apresentação do Programa Saúde da Família, mencionando seus elementos básicos, sua definição, os profissionais com a prática humanizadora; e no terceiro, correlaciona-se a prática vivenciada em um PSF de bairro de classe baixa na cidade de Iturama.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os anos de 1980 e 1990 se caracterizaram pela formulação de uma nova Constituição para reger a sociedade, e com isso foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de discutir a incorporação da reforma sanitária juntamente com a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como objetivo discutir a saúde como direito de todos; a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial.

A nova constituição brasileira aprovada em 1988 incorporou as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, mas a regulamentação do SUS só aconteceu em 1990, através da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro. As diretrizes propostas pelo SUS tinham como objetivo a ampliação e o crescimento da assistência à saúde em todos os municípios do país, como descentralização, municipalização, financiamento dos serviços, participação social e como princípio abrangia: universalidade, equidade e integralidade. (BRASIL, 1990).

As propostas de reorganização do Sistema de Saúde previstas pelo SUS indicavam que a população não conquistara sua saúde apenas com a cura das doenças, mas com a possibilidade de vivenciar o processo saúde/doença de maneira diferente, numa busca mais ampla e global.

Segundo Santos e Carvalho (1997), em relação ao Movimento Sanitário no Brasil, os atores sociais que o representam são: o Movimento Popular Brasileiro (MOPS), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a Rede de Projetos Integrados Ensino – Serviço – Comunidade (Rede UNIDA), a Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), as entidades de usuários, profissionais, prestadores de serviços e gestores, e a Frente Parlamentar da Saúde, todos voltados para a implementação do SUS desde a década de 1990.

O processo de Reforma Sanitária brasileira segue alguns apontamentos sobre a crise do sistema público de saúde. O mesmo cita às dificuldades enfrentadas pelo SUS naquela época, sendo importante ressaltar que muitos dos propósitos do SUS estavam intrinsecamente articulados aos princípios da Reforma Sanitária (BERLINGUER, 1987)

De acordo com o autor acima, o sistema de saúde brasileiro adota como princípios básicos os da igualdade, universalidade e integralidade, com foco na dignidade da pessoa humana. É produto do Estado Democrático de Direito, atuando em todas as esferas de

competência e nos três níveis de atenção, através da cooperação entre os entes federativos e de uma rede hierarquizada, organizada e integrada.

No que tange à universalização, Pereira Filho (1994) entende, ao contrário, que esta aparece como uma estratégia que ampliou os direitos de cidadania das classes marginalizadas. No entanto, vale lembrar que o princípio universal do SUS se refere a um direito de acesso igual para todos, independente de classe, etnia ou gênero.

Embora o texto constitucional de 1988 não utilize a expressão “Integralidade”, tal termo vem sendo utilizado para designá-lo, como definido no artigo 198, II, do aludido diploma legal: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Já no artigo 7º, *caput, in fine*, da Lei no. 8080/90, o termo aparece como princípio.

A integralidade é um termo com várias definições ou sentidos que não possui uma caracterização unívoca e consensual. É de fundamental importância preservá-la assim para garantir a luta por sua efetivação. Em relação a isso, pode-se compreender que a integralidade,

É uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Pode-se identificar, *grosso modo*, um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse agregado semântico. (CAMARGO JUNIOR, 2000, p.36).

O termo integralidade vem sendo alvo de debates no campo da saúde por exprimir um alto grau de complexidade quanto a sua real aplicação prática, por envolver diversos sentidos e valores, tais como: acesso, ensino, interdisciplinaridade e políticas sociais e econômicas voltadas para ações e serviços de saúde direcionados para prevenção, promoção, proteção e recuperação (MATTOS, 2001).

O Sistema Único de Saúde, criado em 1988, segundo documento publicado pelo Ministério da Saúde - HUMANIZASUS, 2004, vem passando por grandes desafios na tentativa de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar e promover saúde.

Já houve muitas conquistas, mas ainda são encontradas dificuldades em colocar em prática, de forma plena, seus princípios norteadores, devido a algumas questões como, por exemplo, a grande desigualdade socioeconômica que ainda caracteriza nosso país, o difícil acesso ao serviço e aos bens de saúde, a necessidade de acompanhamento de cada usuário e a própria interpretação da lei.

São necessárias novas mudanças, mais conquistas devem ser alcançadas. Porém, o despreparo dos profissionais em lidar com a dimensão subjetiva que toda a prática de saúde

supõe e os modelos de gestão centralizados e verticais desapropriam o trabalhador do seu próprio processo de trabalho, que passa a executar sua função de forma burocrática, dificultando ainda mais os avanços necessários.

O modelo de atenção com o cenário montado a partir da prática da troca de saberes, com uma gestão participativa, valorização dos profissionais envolvidos na saúde, educação permanente, maior vínculo com os usuários, otimização das relações de trabalho, só será vislumbrado, segundo o Ministério da Saúde, com as transformações no modelo de gestão. Para tanto, foi estruturada a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde.

Segundo Craveiro de Sá (2004), a qualidade do contato humano na saúde pública é uma das questões mais críticas do sistema. O Comitê Técnico do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar determina que é necessário oferecer ao usuário,

Um tratamento digno, solidário e acolhedor ao profissional da saúde, (...), a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde(...). Coloca-se, também, em evidência a subjetividade que envolve toda ação humana: como todo trabalho, este é produzido por sujeitos e produtor de subjetividade. Não há humanização sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. (CRAVEIRO DE SÁ, 2004, p.1).

Faz-se necessário reconhecer que um só ou muitos profissionais de uma mesma área não são suficientes para solucionar todas as necessidades dos sujeitos que sofrem, nota-se que a mudança é gradativa e complexa necessitando assim da implementação de ações conjuntas de compromisso e responsabilização entre profissionais de diversas áreas juntamente com a própria comunidade em função da melhoria da qualidade de vida.

A tarefa da humanização exige que todos, gestores, trabalhadores e usuários, assumam seu papel.

O Ministério da Saúde entende Humanização como sendo a valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde; o fomento da autonomia e do protagonismo destes sujeitos; o aumento do grau de responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde e o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

2.1.2 Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH), segundo suas teorias, considera a saúde como direito de todos e dever do Estado, entendendo que a humanização como política deve, necessariamente, atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, estar comprometida com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde.

Segundo Passos (2006),

A humanização compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo, bem como o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de co-responsabilidade; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais; a mudança dos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e do atendimento. (PASSOS, 2006, p. 85)

O termo humanização busca aliar fatores tecnológicos e de relacionamento visando à individualidade do atendimento incluindo múltiplas práticas profissionais que vêm sendo introduzidas no atendimento das pessoas.

Na qualificação do SUS, a humanização deve ser vista como uma política que opere transversalmente em toda a rede pública. Uma transversalidade que atualiza um conjunto de princípios por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva.

A humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Benevides e Passos (2005) descrevem o conceito de transversalidade como o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de decisão que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados.

Assumir uma saúde pública complexa é acentuar que ela precisa ser compreendida e que a reflexão interdisciplinar é o instrumento principal para tanto. A saúde pública constitui assim, um âmbito de reflexão permanente, a partir do qual podem surgir discursos que iluminem as decisões orientadas ao melhoramento da qualidade de vida das pessoas. (TARRIDE, 2002, p.98).

A Humanização não pode ser tida como um programa a ser implementado em um único setor ou sob uma única forma de atuação. A transformação depende da participação global dos atores envolvidos com a saúde. Surge, então, para estes, a necessidade da convivência em equipes inter e transdisciplinares e do desenvolvimento da capacidade de formular políticas e chegar a consensos.

A Humanização como política transversal implica em ações que traduzam os princípios do SUS adequadamente aos diferentes modos de prática e sujeitos da rede de saúde; que construam trocas solidárias e sejam comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; que ofereçam um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presentes; que contagiem por atitudes e ações humanizadoras a rede SUS, incluindo gestores, trabalhadores de saúde e usuários (BRASIL, 2004).

Conforme documentado, a PNH propõe-se, como política transversal, melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS. Assim, ao atravessar as diversas ações e instâncias gestoras, implica traduzir os princípios do SUS nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, os princípios norteadores da PNH, a valorização da dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão, o fortalecimento do trabalho em equipe, o apoio à construção de redes cooperativas e solidárias, a construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos com co-responsabilidade, a participação e o fortalecimento do controle social e a democratização das relações de trabalho (BRASIL, 2004).

Esses princípios norteadores articulam as ações de humanização em três eixos centrais, quais sejam:

- ✓ Direito à saúde: acesso com responsabilidade e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos do usuário; aumento da eficácia das intervenções e dispositivos.
- ✓ Trabalho criativo e valorizado: construção de redes de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

- ✓ Produção e disseminação de conhecimentos: aprimoramento de dispositivos da PNH, formação, avaliações, divulgação e comunicação.

Para Benevides e Passos (2005), falar de saúde pública ou saúde coletiva na perspectiva da PNH:

É falar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam como pacientes nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços em sua paciência frente aos procedimentos de cuidado, sejam os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício do seu mandato social. (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Entende-se assim que a PNH visa à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais que envolvem trabalhadores, gestores e comunidade, assim como transformações nas maneiras de produzir e prestar serviços à população.

2.2. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

O Programa Saúde da Família foi baseado no Programa Médico da Família, originado nos Estados Unidos, sendo estendido posteriormente ao Canadá e ao México. Devido ao sucesso alcançado por este programa nos países pioneiros, ele foi estimulado pela ONU a ser implantado nos países da América Latina (OLIVEIRA, 2006).

Surgido nos anos 70 como alternativa possível à desumanização da medicina, apresentou-se como resposta ao especialismo, justificando-se pelo aumento da complexidade tecnológica da medicina, da tendência à hospitalização e à especialização, dos valores sociais e dos padrões de exercício profissional que aumentavam a demanda por serviços especializados.

Este programa surgiu no Brasil numa época em que os indicadores sociais demonstravam uma pauperização da população e uma preocupante falta de qualidade de vida para a maioria das famílias no país. A situação crítica em que se encontravam as famílias brasileiras requeria medidas estratégicas de atenção à saúde que englobassem tanto a resolução de problemas no processo saúde-doença, quanto a promoção da saúde, melhorando a qualidade de vida da população.

No início dos anos 90, as discussões sobre mudança de práticas na saúde estavam muito mais voltadas para o nível do aparato legal e da estrutura político-administrativa do

SUS, como elementos de maior destaque na conjuntura política. Essa é apenas uma constatação do elenco de prioridades político-institucionais que alimentavam o movimento reformador e o debate da ocasião, sem negar todo o acúmulo e a importância das discussões sobre aparelho formador e o SUS, perfil do novo profissional para o sistema, integração docente-assistencial, etc., entre outras contribuições (ARAUJO; ROCHA, 2007).

Segundos Campos (2003), havia uma nítida separação entre os profissionais e os pacientes, entre as equipes e as comunidades, entre os agentes e os seus meios de trabalho, sendo tal situação reproduzida tanto no setor público como no privado. Sendo assim, estruturar serviços com base nas equipes de saúde contribuía para a quebra da divisão do processo de trabalho, para a responsabilização pelos problemas apresentados e para a superação da inércia e indiferença burocrática dos serviços públicos de saúde.

Assim, pode-se dizer que o nascimento do PSF aconteceu de forma lenta, gradativa e agregada a outro programa já existente dentro do Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), quando então, em 1994, o Ministério da Saúde legitimou nacionalmente o programa já existente em alguns Estados brasileiros (LAGES, 2002).

O programa Saúde da Família é um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível primário [...] a estrutura das equipes poderá ser modificada de acordo com a realidade local. Caberá ao sistema local de saúde garantir a supervisão e a atualização profissional [...] as equipes não devem atuar isoladamente, mas, sempre que possível, em parceria com os diversos segmentos da sociedade" (BRASIL, 1994, p. 02).

A Estratégia de Saúde da Família apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida de população assistida (FRANCO; MERHY, 2003).

De acordo ainda com os autores, desde sua criação, o PSF tem se destacado na agenda nacional de saúde como instrumento de reforma da política de saúde brasileira, envolvendo mudanças no modelo de atenção, na organização do sistema de saúde e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações básicas de saúde.

A Estratégia da Saúde da família incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS, buscando, de acordo com o Ministério da Saúde, o caráter substitutivo que não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das

práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde (BRASIL, 1997).

Assim sendo, esta proposta teve como base ser um novo caminho no sentido de reorganização da atenção básica em saúde e o objetivo principal era contribuir para a reorientação do modelo assistencial, formando uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, consistindo em uma proposta inovadora, possibilitando a resolução de problemas identificados a partir de um diagnóstico baseado em dados epidemiológicos e visita domiciliária, dentre outras atividades que requerem uma reorganização do trabalho e o envolvimento de uma prática interdisciplinar.

Para Franco e Merhy (2003), o PSF foi pensado como mecanismo de rompimento do comportamento passivo das unidades básicas de saúde, buscando entender o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade.

Nesta proposta, o objeto de atenção dos trabalhadores de saúde passa a ser a família, entendida a partir do ambiente onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam com ênfase na promoção e na vigilância à saúde, enfatizando a assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população da região da unidade de saúde, intervindo sobre os fatores de risco, através de uma abordagem na família em seu espaço social (FRANCO; MERHY, 2003).

Além disso, as práticas de saúde devem ser feitas de forma humanizada, através do estabelecimento de vínculos entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Uma questão importante na implementação de qualquer modelo assistencial ou mesmo estratégia de atenção, como é o caso do PSF, é o processo de avaliação e monitoramento.

Diante disso, para garantir um melhor desenvolvimento nas práticas de saúde sobre a família, a partir do ambiente onde vive. O PSF estabelece diretrizes importantes, como: adscrição da clientela, que consiste em definir um território de abrangência para cada equipe, e cadastramento, que deve ser feito durante a visita domiciliar dessas famílias adscritas; instalação das unidades de saúde da família; composição das equipes, que deverão estar compostas no mínimo pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde e ainda atribuições das equipes, definidas para cada profissional.

Além dessas diretrizes, o documento preconiza que as práticas de trabalho sejam reorganizadas, definindo alguns mecanismos importantes como diagnóstico da saúde da comunidade, como forma de organizar e planejar as ações de saúde, ou seja, desenvolver uma programação local, utilizando-se do cadastramento das famílias para levantamento de dados epidemiológicos e abordagem multiprofissional (BRASIL, 1997).

Para que um município possa implementar uma equipe de Saúde da Família, deverá seguir algumas etapas como sensibilização e divulgação, capacitação das equipes por meio de treinamento introdutório, educação continuada e permanente e garantia de um financiamento adequado para que assim se consiga um novo modelo de atenção, baseado na promoção da saúde, possuindo como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (BRASIL, 1997).

O trabalho em equipe é necessário para a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Sendo assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares.

É importante salientar que as atribuições técnicas de cada um dos profissionais previstos no PSF – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde - encontram-se arroladas no documento do Ministério da Saúde, sendo inclusive enfatizado que estes devem “estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo”. Contudo, um rol de atividades e funções, buscando definir um perfil mínimo para atuação, não é suficiente para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania. Quando consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações biopsicossociais da saúde-doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias. (BRASIL, 1998).

O Ministério da Saúde afirma que a idéia de equipe multidisciplinar não tem que ser de complementação, mas de integração de responsabilidades. Deste modo, cada profissional tem a sua função e deve aliar o seu saber integrando-o à equipe para juntos tentarem solucionar os problemas de saúde vivenciados na comunidade, viabilizando a promoção de saúde nas famílias.

Contudo, ao analisar as proposições do PSF, Ribeiro (2004) identifica as diferenças, contradições e insuficiências na forma de efetuação desta estratégia de atenção à saúde. Conforme a autora, na maioria das vezes, a família é abordada de forma parcelada ou identificada através de representantes e substitutivos (indivíduos em separado) ou ainda como referência genérica no âmbito das políticas sociais sendo tomada como problema e transformada em objeto terapêutico.

Os autores Ribeiro (2004) e Draibe (1999), designam que apesar da inclusão da família como vetor de atenção básica de saúde ser considerada um avanço, o PSF não pode tratá-la a partir de cuidado individualizado, focado na doença.

A abordagem mais adequada de atuação em PSF, segundo Ribeiro (2004) é aquela que contextualiza a saúde produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde.

Segundo Draibe (1999) a principal inovação do PSF, além da focalização na unidade familiar, é a adscrição territorial da clientela que constitui tanto um avanço do SUS quanto uma correção de suas insuficiências.

Entretanto, Vasconcelos (1999) questiona as estratégias adotadas pelo PSF: visita domiciliar, busca ativa, acompanhamento das famílias das áreas de abrangência; advertindo para o fato de que elas vão em direção contrária das necessidades de apoio intensivo à família vivendo em situações de crise que colocam em risco a vida de seus membros.

Vasconcelos (1997) comenta que os recentes estudos sobre a família brasileira têm demonstrado a assistência de famílias nas classes populares que vivenciam situações de risco especiais (pais doentes, desempregados, com conflitos conjugais, envolvimento em atividades ilícitas, dependência de drogas, distúrbios mentais, entre outras) que as tornam incapazes de desempenharem o mínimo papel ativo na busca de seus direitos sociais, principalmente no que se refere à saúde, necessitando de uma atenção diferenciada pelo Estado.

Apesar da visão do autor acima acerca do PSF, alguns esforços já têm sido realizados neste sentido; e mesmo que a atenção dispensada a estas famílias mantenha ainda uma postura conservadora, voltada para a cultura tutelar, esta modalidade de intervenção se faz necessária para atender as famílias que ficam à margem dos serviços de saúde, numa situação de vulnerabilidade.

Senna (2002) relata como um dos grandes desafios do PSF a sua capacidade de integração com o restante do sistema de saúde, de forma a redefinir qualitativamente o modelo de atenção à saúde, alcançando deste modo o objetivo dos seus formuladores, e

mostrando que não se trata apenas de uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas pobres e rurais do país.

De acordo com Paim (1999), o atual modelo de atenção à saúde inclui elementos de diferentes modelos ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), quanto à vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária).

Desta forma, Scherer, Marino e Ramos (2001) argumentam que uma mudança no modelo de atenção à saúde delimita o processo de construção do SUS em pelo menos três dimensões: político-jurídica, político-institucional e político-operacional.

As duas primeiras dimensões dizem respeito ao conjunto de regras básicas de ordenação e funcionamento do sistema, contemplando a doutrina, os princípios e as diretrizes do sistema, além de direitos, deveres e responsabilidades do cidadão, da sociedade e do Estado. Na primeira dimensão pode-se afirmar que a criação do SUS já constitui um novo paradigma e, na segunda, observa-se um grande avanço na transformação dos meios e estruturas, consubstanciado na descentralização da gestão e na definição das competências e atribuições para o Estado e municípios. (SCHERER, MARINO & RAMOS, 2001, p. 55).

A dimensão político-operacional é decisiva para uma mudança no modelo de atenção à saúde, mas também representa seu maior desafio. Ela implica na implantação de novas práticas de atenção à saúde que garantam à população o acesso universal, a integralidade e a equidade, numa rede hierarquizada de serviços resolutivos. É neste campo que o PSF surge como resposta ao desafio de reorientação do modelo assistencial e se consolida como dimensão operacional do SUS.

A equipe de saúde pode ser um potente dispositivo de mudança dos serviços assistenciais, porém, para isso, seria necessária a constituição de uma nova ética entre esses profissionais, baseada no entendimento de que os serviços de saúde são espaços públicos, e que o trabalho nesse espaço deve ser visto por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde.

Nota-se que a principal mudança que deve ser buscada por parte dos PSFs, é o acolhimento ao usuário, o compromisso em solucionar seu problema com um maior cuidado e a capacidade de promover vínculos e não necessariamente modificar parâmetros de trabalho.

Para Cecílio e Lima (2000), Franco (et al, 1999) O Programa de Humanização e integração torna-se necessário à construção de uma nova equipe de saúde, isto é, conseguir que os profissionais trabalhem de maneira mais integrada e solidária tornando o cotidiano na saúde menos alienado e desgastante.

Conforme os mesmos autores, a partir desta nova equipe, idealmente, deveriam ser capazes de se auto-avaliar, planejar suas atividades coletivamente e trabalhar com protocolos de atendimento para determinados grupos de pacientes que necessitam de acompanhamento regular com maior vínculo com a equipe.

O acolhimento e a humanização são intimamente relacionados.

Fortes e Martins (2000), conceitua humanização como:

[...]. Humanizar significa reconhecer as pessoas, que buscam no serviço de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos. Humanizar é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia. Qualquer pessoa, independente de sua idade, tendo condições intelectuais e psicológicas para apreciar a natureza e as conseqüências de um ato ou proposta de assistência à saúde, deve ter a oportunidade de tomar decisões sobre questões relacionadas à saúde, ou seja, poder agir enquanto uma pessoa autônoma (FORTES e MARTINS, 2000, p.31)

O acolhimento enquanto diretriz operacional consiste em dar atendimento a todas as pessoas que chegam aos serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal. Assim, serão acolhidas, escutadas, com uma resposta positiva aos problemas de saúde da população e qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO, 1999).

Conforme o autor acima, o acolhimento modifica o andamento do serviço na unidade, que se faz principalmente através da assistência dos profissionais não médicos. Estes passam a usar todo o seu conhecimento para essa assistência.

Segundo Nietzsche (2000), a integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios.

No nosso país, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, num primeiro momento, com a própria luta pela redemocratização do país, e assume, no presente, contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas da última década (CAMARGO JR, 2003).

Desse momento político, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi pautado em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde

enquanto direito de cidadania. Neste cenário, nasce uma concepção integradora, alvo de grandes revoluções no prisma da compreensão holística do processo saúde-doença.

Conforme Mendes (1999), a luta pela reforma sanitária foi responsável pela criação do SUS como um processo social e político que requer um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Embasado a partir de uma dimensão ideológica, é alicerçado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade.

Várias iniciativas de mudanças nos processos organizativos dos serviços de saúde foram esboçadas; entretanto, consistiam em projetos pontuais e com resultados pouco perceptíveis pela população. Até que a estratégia utilizada pelo Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 é idealizada, com o propósito de mudança do modelo da atenção à saúde, que passa a ter como núcleo do cuidado às famílias, sendo as mesmas abordadas e compreendidas partir do meio onde vivem (SOUSA, 2004).

O mesmo autor ainda relata que, em mais de dez anos de existência, o PSF está sendo visto como modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro. Entretanto, sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde.

Dentre as ações do PSF, emerge as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o auto cuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos.

Segundo os autores Ceccim e Ferla (2003), a atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Essa perspectiva converge para a formação continuada dos profissionais de saúde visto que uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor.

Os mesmos autores citam que a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais,

onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde.

Conforme Pinheiro e Luz (2003), o termo integralidade pode ser compreendido enquanto resultante da interação democrática entre os atores sociais no cotidiano e no cuidado em vários níveis de atenção. Pode-se dizer que o cotidiano das práticas de saúde atualmente não verifica ou aprova verdades e sim constrói um novo agir social no qual "a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde" (PINHEIRO; LUZ, 2003, p.30).

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo. Sendo assim, modificar os modelos dos serviços de saúde, centralizando as atividades para os usuários, significa considerar a subjetividade dos indivíduos, retomar a práxis para entender a relação entre agente social e sociedade, reconhecendo a dialética da objetividade do conhecimento que é sempre renovada pela subjetividade dos indivíduos.

A discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde. Para prestar uma assistência holística, não podemos acreditar que seremos capazes de fazê-lo individualmente (Araújo, 2003).

Para Campos (2003), com base no princípio da integralidade e do agir em saúde, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e estas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde.

Pinheiro e Luz (2003) relatam que, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, num mesmo espaço, diferentes perspectivas, interesses e distintos atores sociais (profissionais de saúde, gestores e usuários). Assim, as instituições de saúde representam um lócus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja quanto às práticas de saúde difundidas na coletividade

Victor (2004) designa que, a partir do princípio de integralidade, concebe-se que todos os profissionais que trabalham com o ser humano devem aprimorar uma visão holístico-ecológica, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos onde se constrói a vida; nos ambientes onde os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida se dão.

È importante ressaltar que quanto mais conscientizados a equipe se tornar, mais capacitados estarão para ser anunciadores e denunciadores, frente ao compromisso que assumirem, permitindo desvelar a realidade, procurando desmascarar sua mitificação e alcançar a plena realização do trabalho humano com ações de transformação da realidade para a libertação das pessoas.

2.3 METODOLOGIA

Este trabalho apresenta os aspectos metodológicos da pesquisa. Primeiramente apresenta-se uma revisão minuciosa da literatura pertinente, e posteriormente, uma correlação entre a experiência profissional da autora e a literatura revisada, o que tornou o estudo mais abrangente.

As visitas a equipe do PSF Família Saudável (1) e à população da área (2), ocorreram durante o mês de agosto de 2010, onde foi realizado uma observação minuciosa da atuação da equipe, da relação entre equipe/população e população/equipe em relação ao conceito e práticas humanizadas.

2.4 CARACTERÍSTICAS DA EQUIPE PSF FAMÍLIA SAUDÁVEL

A seguir serão apresentadas algumas características do PSF Família Saudável, na Tabela 1:

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE

Nº Profissionais: 11 (todos mantidos pela Prefeitura e Governo Federal)

Nº de equipes PSF: 01 (a equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório odontológico e 6 agentes comunitários de saúde), num total de 11 profissionais que atuam no PSF.

Nº de profissionais de outras categorias: 01 Assistente Social, 01 Nutricionista, 01 Fonoaudióloga, 01 Farmacêutica, 01 Psicóloga, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Fisioterapeuta e 01 Educador físico (Equipe do NASF)

Nº de usuários cadastrados: 4.000

Nº de famílias acompanhadas por ACS: 200

Nº de consultas por dia: 30

Tabela 1: Características da Unidade

Fonte: Coordenação da Unidade

A unidade atende o público de segunda a sexta feira, das 6:00 as 17:00.

Eventualmente, em função de campanhas específicas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, a unidade pode abrir nos finais de semana ou feriados.

A seguir, informações sobre os profissionais da Unidade:

CARACTERÍSTICAS DE SEXO DOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE

Sexo Feminino: 11

Sexo Masculino: 01

Tabela 2: Características de sexo dos profissionais da unidade

Fonte: Coordenação da Unidade

Os 11(onze) profissionais estão distribuídos segundo 6 (seis) funções distintas, sendo que os agentes comunitários de saúde são em maior número, conforme tabela 3.

DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR FUNÇÃO

Agente Comunitário: 06
 Enfermeiro: 01
 Auxiliar de Enfermagem: 01
 Médico: 01
 Dentista: 01
 Auxiliar de consultório odontológico: 01

Tabela 3: Distribuição dos profissionais por função

Fonte: Coordenação da Unidade

Na Tabela 4, referente à escolaridade, pode-se perceber que 6 profissionais possuem o ensino médio completo, que corresponde a 55% do total.

ESCOLARIDADE DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES

Ensino Médio completo: 6
 Ensino Superior completo: 4
 Ensino Superior incompleto: 1

Tabela 4: Escolaridade dos profissionais das equipes

Fonte: Coordenação da Unidade

A idade do grupo está entre 25 e 45 anos. Destaca-se que grande parte dos funcionários encontra-se nas faixas acima de 30 anos, sendo que apenas 4 profissionais estão abaixo desta, ou seja apenas 10% são jovens.

A seguir são detalhadas as informações sobre cada categoria profissional.

Entre o grupo de 6 ACS's, e as 6 são do sexo feminino.

Através da Tabela 7, referente a escolaridade dos ACS's pode-se perceber que 4 desses profissionais possuem o ensino médio completo, que corresponde a 41%, e somente 1 profissional possui superior completo.

ESCOLARIDADE DOS ACS's

Ensino Médio completo: 4

Ensino Superior completo: 1

Ensino Superior incompleto: 1

Tabela 7: Escolaridade dos profissionais das equipes
 Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados

Na categoria de auxiliares de enfermagem há somente 1 profissional, do sexo feminino.

Referente à escolaridade da Auxiliar de Enfermagem, pode-se perceber que a única auxiliar de enfermagem da Unidade possui o ensino médio completo e Curso Técnico Profissionalizante.

Com a função de enfermeiro, há uma profissional do sexo feminino e que também é a responsável pela Unidade, e possui ensino superior completo.

Com a categoria de médico, há uma do sexo feminino, com ensino superior completo.

São apresentadas, de forma resumida, as tarefas prescritas para a equipe.

Há tarefas que são prescritas para a equipe, mas envolvem o trabalho integrado de todos os profissionais.

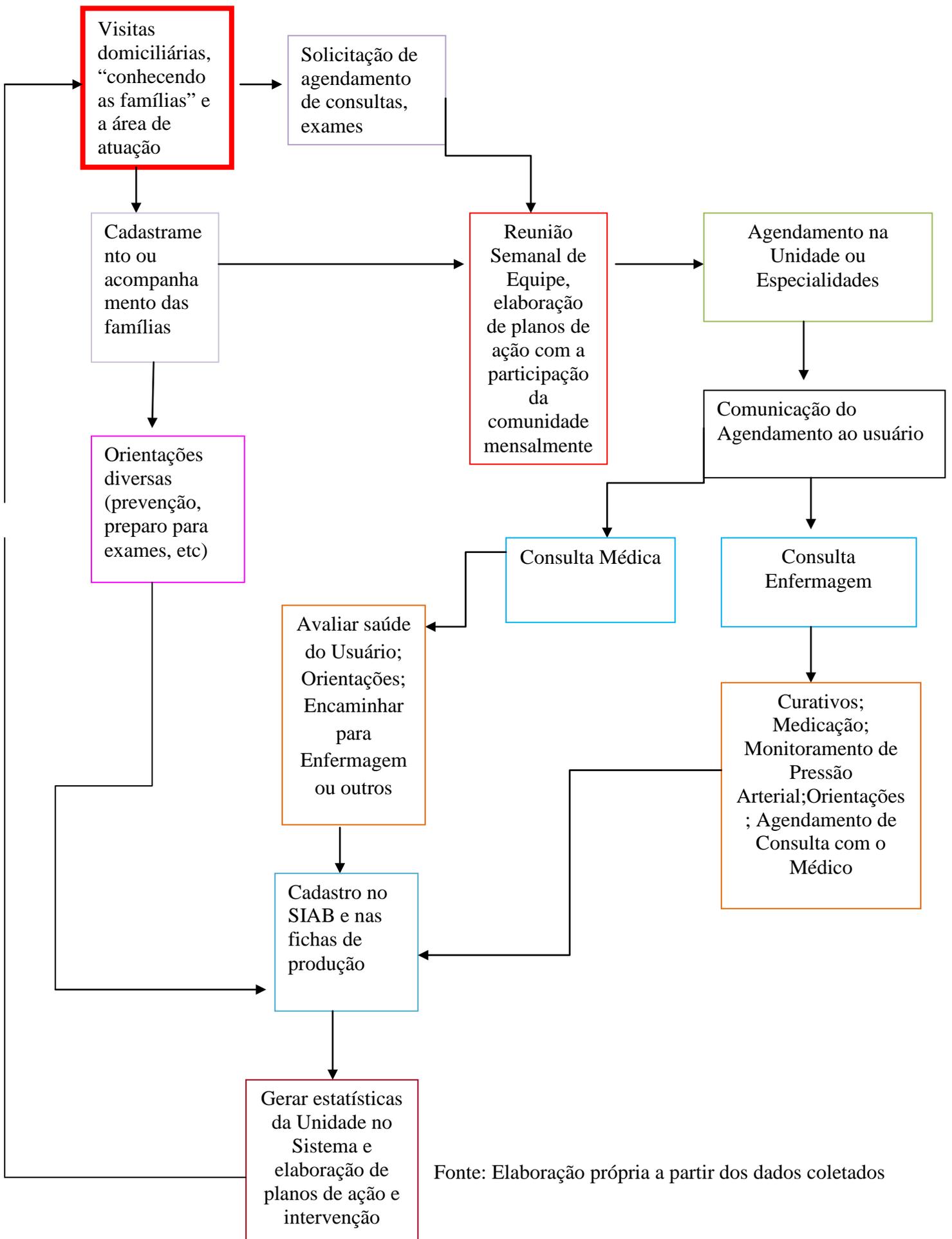
As tarefas de planejamento do trabalho e avaliação das ações são feitas por toda a equipe e ocorre durante as reuniões mensais, semanais e diárias. As reuniões mensais são ministradas pela Coordenadora Geral dos Programas de Saúde da Família, com a participação das equipes, onde são tratadas questões de funcionamento das Unidades e planejadas as ações. As reuniões semanais são realizadas para planejamento do trabalho/ações da semana, considerando a demanda das famílias e os recursos disponíveis na Unidade e na estrutura de serviços. Nas reuniões diárias, cada equipe discute individualmente as questões mais urgentes e as que surgem no decorrer da jornada.

Além do planejamento, cada equipe realiza o mapeamento de sua área de atuação que compõe o mapeamento da área da Unidade, identificando pessoas, famílias e grupos expostos a riscos, bem como as necessidades de saúde e bem estar físico e mental dos grupos prioritários e da população local, com atualização contínua dos dados que nortearão o planejamento e programação das ações. Estes dados são transcritos nas fichas e relatórios de acompanhamento das famílias, para posteriormente, serem digitados nos bancos de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e nas planilhas desenvolvidas internamente.

Outra atribuição da equipe é prestar atenção integral à população atendida e de forma holística, que envolvem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e outras ações de acordo com as prioridades locais, com separação das tarefas segundo a formação técnica de cada profissional, bem como ver o indivíduo como um “todo”, sem nenhuma distinção.

A atualização da base de dados do SIAB e a participação em cursos da área da saúde (planejamento familiar, nutrição, aleitamento materno, prevenção de DST, etc) também são atribuições das equipes PSF.

A figura abaixo mostra a inter-relação das várias tarefas previstas para os funcionários da equipe.



A Unidade utiliza como instrumento principal de registro e controle de dados, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), disponibilizado pelo Ministério da saúde.

O SIAB é um sistema oficial que serve como instrumento gerencial, onde são registrados dados, informações de saúde, realidade socioeconômica e ambiente/condições de moradia da população atendida pelo PSF. Este sistema possibilita o monitoramento da produção e seus relatórios orientam o planejamento da Unidade, para que as equipes façam acompanhamento, monitoramento e elaboração das ações e intervenções necessárias.

Os profissionais das equipes coletam os dados na Unidade de Saúde da Família (USF) e nos domicílios das famílias, com o qual monitoram, avaliam e planejam as ações em saúde. No encerramento de cada mês, os responsáveis pelas Unidades encaminham os dados atualizados às Coordenadorias das regiões, que os disponibilizam para a Prefeitura e esta envia ao SUS.

No SIAB são registrados dados de cadastro das famílias atendidas, como a quantidade de usuários classificados por faixa etária, escolaridade e gênero, condições de saúde, de moradia, de saneamento e condições ambientais das áreas das residências, que devem ser atualizados periodicamente para registrar as alterações, como mudança de endereço ou do número de membros da família, patologias e etc.

O sistema gera relatórios que consolidam os dados sobre as famílias e sobre a produção das equipes, como por exemplo, quantidade de consultas ou visitas realizadas no mês, que norteiam as ações e os estabelecimentos de prioridades em saúde.

O trabalho dos profissionais ocorre quase sempre de forma integrada e em vários momentos eles ficam se comunicando para esclarecer dúvidas, obter informações e orientações sobre procedimentos de trabalho. Entretanto, algumas atribuições são específicas para cada profissional, como a realização de consultas pelos médicos e enfermagem ou a realização de procedimentos de enfermagem pelos auxiliares.

Alguns usuários atendidos em consultas são encaminhados para procedimentos junto aos auxiliares de enfermagem. A vacinação e a coleta de materiais para exames são realizadas diariamente, sendo que alguns ACS's participam da atividade da coleta, preenchendo guias de exames, e organizando os usuários. Os ACS's também participam da organização dos grupos que ocorrem em dias específicos e programados de acordo com a disponibilidade da população e da equipe.

Além das atividades apresentadas, as equipes realizam reuniões diárias, que são encontros rápidos de alguns profissionais para solucionar situações de emergência ou atender solicitações de usuários.

A reunião semanal das equipes ocorre geralmente às 2º feiras, onde os profissionais realizam o planejamento de trabalho e traçam estratégias de ações para a semana ou o mês se necessário, considerando as demandas da população, a disponibilidade de recursos humanos e materiais na Unidade e na estrutura dos serviços.

Os profissionais analisam os casos urgentes, trazidos pelos ACS's das visitas domiciliares e definem as ações a serem adotadas, que podem ser encaixadas em consultas, na unidade ou no domicílio, exame na Unidade ou nas especialidades, procedimento de enfermagem, visita domiciliária, participação em grupos, orientações com profissionais e outras.

Passaram-se mais de dez anos da criação do PACS e sabe-se que a partir dele houve redução de alguns indicadores de morbi-mortalidade, além da melhora referente à prestação de serviços. Dentre os indicadores, podemos citar a redução da mortalidade infantil, o aumento ao acesso da população às unidades, o incremento da cobertura vacinal das crianças, o maior incentivo ao aleitamento materno, a redução da desnutrição infantil e o acompanhamento das gestantes, incentivando-as a realizar o pré-natal com início no primeiro trimestre (SILVA; DALMASO, 2002).

Embora a utilização do Agente Comunitário de Saúde (ACS) tenha muitos pontos positivos, tanto com uma atuação isolada desde o PACS quanto hoje, inserido no Programa Saúde da Família (PSF), se for feita uma análise geral, ainda continua grande a insatisfação, tanto profissional como popular.

O profissional que trabalha com a saúde pública sabe ou precisa saber o quão é importante o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, principalmente porque eles são os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção básica, instituídos pelo governo, servindo de comunicadores, multiplicadores e tradutores desses programas para a população, além de serem um elo entre os outros profissionais e a comunidade.

Silva e Dalmaso (2002) relatam que a partir do PACS, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tornou-se um elemento efetivo do trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação e reestruturação da atenção básica em saúde, visando especialmente a ampliação da cobertura assistencial, com aumento do acesso a partir do acolhimento feito por ele, identificando, encaminhando e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população.

Dentre as atribuições dos ACS, definidas por esse Ministério, duas merecem uma atenção especial quando se discute a formação desses profissionais: “1 – Orientar as famílias

para a utilização adequada de serviços e 2 - Informar aos demais membros da equipe, acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (NUNES, 2002).

Nessas atribuições percebemos a função de intermediadores desses profissionais, e quanto é importante sua capacitação para melhor desempenhá-la.

O agente comunitário de saúde desenvolve várias atividades no Programa Saúde da Família na Unidade. A principal atividade é a visita domiciliária, seguida da educação em saúde. De acordo com os agentes, nas atividades educativas, as orientações que mais costumam prestar às famílias referem-se à higiene; ao calendário vacinal; aos cuidados com recém-nascidos, puérperas, gestantes; e uso correto das medicações. Durante as visitas, os profissionais também observam e investigam outros aspectos da vida social que pode alterar a condição de saúde das pessoas, como situação de emprego/desemprego, violência doméstica, criminalidade, mobilidade, áreas de risco, crescimento populacional que podem alterar o serviço prestado pela Equipe.

Outra atividade bastante observada no dia a dia dos profissionais da equipe é o acompanhamento aos idosos, crianças, gestantes, puérperas e grupos de risco/comportamento de risco. Alguns profissionais demonstraram que os agentes também interagem com a equipe na formação dos grupos operativos em saúde. Os profissionais também destacam que o agente participa no controle vacinal e no cadastramento das famílias da comunidade. A busca ativa de faltosos acompanhados pelos programas também foi mencionada pelos profissionais como atividade importante desenvolvida pelos agentes do PSF.

Um dado interessante, é que várias vezes foi observado que a equipe, demonstrava que uma das atividades do ACS “o trabalho de apoio à equipe”, ou seja, trabalho administrativo, diminuiria a qualidade do serviço que elas deveriam realmente estar prestando junto a população, ou seja, “tomaria tempo”.

Em contrapartida, no grupo focal essas atividades foram as mais discutidas. Com relação à principal atividade do agente, a “visita domiciliária”, investigou-se algumas das características desta atividade constatando que, o número de visitas domiciliárias realizadas por dia é em média de dez a doze, sendo que 18,4% ficaram abaixo da média recomendada pelo Ministério da Saúde, que é de no mínimo oito visitas diárias. No entanto, a maioria dos agentes tem um número elevado de famílias sob sua responsabilidade. Segundo relatos das agentes, o período do dia mais favorável para desenvolver essa atividade é o turno da manhã.

Foi também observado, quais as atividades que os ACSs mais gostam de realizar e quais as que menos gostam em seu cotidiano. Entre as atividades mais apreciadas encontra-se a visita domiciliária, seguida por trabalhar com bebês e crianças. Os idosos também foram

referidos como um grupo de pessoas com boa receptividade ao trabalho do ACS em suas casas.

Em relação às atividades menos apreciadas, as atividades administrativas foram as mais destacadas. Essas consistem em atuar na recepção da Unidade de Saúde da Família, realizar o agendamento de consultas, organizarem pastas e prontuários. O preenchimento das fichas do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que é uma atividade própria do ACS, podendo ser preenchida por outro profissional da unidade capacitado, também foi considerado uma atividade desagradável, porém reconheceram a grande importância das mesmas.

3 RESULTADOS

Ressalta-se que neste trabalho apresenta-se neste momento um relato de experiência. Vivenciada durante o período em que a autora trabalhou como Enfermeira no PSF Família Saudável, entre 01-2006 a 05-2009 e visitas realizadas pela mesma à equipe do PSF e à população, após sua trajetória profissional.

Durante o período que a autora trabalhou no PSF Família Saudável, pode observar que no início encontrou uma equipe que não estava preparada para a realização de uma prática humanizada, e que muitos membros da equipe não tinham noção do que seria acolhimento e atenção humanizada.

No decorrer da sua trajetória profissional, foi aos poucos reestruturando a equipe e educando os mesmos sobre a importância de uma prática humanizada bem como a valorização do indivíduo como um ser holístico que necessita de intervenções não só físicas como psíquicas e que o mesmo está inserido em um contexto em que ele é tão importante quanto toda sua família.

Foram elaboradas estratégias para que a população pudesse confiar na equipe e acreditar que estavam ali para contribuir com a melhoria da qualidade de vida e promoção de saúde.

No início os profissionais não demonstraram muito interesse, mas aos poucos, no transcorrer das reuniões, o interesse foi aguçado e mostraram-se receptivos.

Posteriormente foi observado que a população também não tinha muito conhecimento sobre o que é humanização, vendo-se necessário que o assunto fosse trabalhado com os

usuários, juntamente com a equipe o que de certa forma fortaleceria também os laços de confiança e amizade entre os mesmos.

Foram feitos cronogramas de reuniões, onde o assunto foi abordado. Houve boa vontade, interesse e grande participação sobre o assunto, onde todos expuseram suas opiniões sem constrangimento.

Daí pôde-se iniciar um grande trabalho em relação a mudança de comportamento da equipe para que pudessem exercer uma prática humanizada e de outro lado uma mudança no pensamento e entendimento da população sobre o que seria realmente a ‘humanização’.

Ao iniciar o CEABSF, as atividades o contexto de idéias da autora mudou bastante, percebendo ela que ainda havia muitas coisas a serem implementadas, que a humanização é um contexto muito mais rico do que ela, sua equipe e sua população poderiam imaginar. Todos se mobilizaram para que pudessem colocar em prática tudo e que estava sendo aprendido e os resultados foram maravilhosos.

Porém o período em que tudo isso acontecia, era um período de transição política, levando a substituição de praticamente 70% da equipe, fazendo com que nossos cronogramas não pudessem ser cumpridos.

A escolha do tema portanto, foi justamente para saber, ou a primeiro momento observar se a equipe que havia assumido, teria dado continuidade ao nosso trabalho. E o que a autora pode observar durante 3 visitas no decorrer do mês de agosto de 2010, sendo uma feita à equipe do PSF Família Saudável e as outras duas à população, percebido então que a Equipe não havia dado continuidade aos cronogramas e as intervenções antes realizadas, e uma população pouco receptiva a nova equipe. Havia em um contexto geral um distanciamento entre, equipe-população e população-equipe.

Não foi realizado nenhum tipo de pesquisa nesse momento somente a observação ativa, foi observado que os profissionais que assumiram a unidade, não estavam devidamente preparados para assumirem uma prática humanizada, inadequação dos profissionais ao novo modelo assistencial embasado nos princípios do Sistema Único de Saúde e as verdadeiras necessidades de saúde dos usuários.

Observado também que se requer mais investimentos dos gestores em capacitações permanentes, para que se ofereça uma atenção digna, equânime, resolutiva e universal. Portanto a necessidade de conhecimento sobre o processo de humanização configura-se nos em convite para reivindicar momentos de reflexão de nossas ações, vislumbrando a perspectiva de crescimento profissional, mas acima de tudo como seres humanos, pois

enfrentar mudanças, já não constitui uma questão de opção, mas a necessidade do mercado atual de trabalho.

Conforme Silva Junior (1998), uma equipe pode atender e receber as necessidades do usuário, entretanto, acredita-se que o que chamamos de acolhimento seja uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando numa relação mais humanizada.

Notado, claramente, que os profissionais dessa unidade não têm conscientização da importância do vínculo para se ter um bom relacionamento com o usuário, e assim fazer valer a implantação do Programa Saúde da Família.

Observou-se também, durante a elaboração do trabalho, que o vínculo recebe uma importância menor, que a equipe e os profissionais, o que mais uma vez reforça a idéia que os profissionais engajados nesta nova estratégia de atendimento em saúde pública estão ainda ligados à idéia de manutenção do profissional no centro da ação, não conseguindo mudar o foco para ação centrada no usuário.

Segundo (Schimith; Lima, 2004, p. 1), “o processo de trabalho centrado no vínculo profissional/paciente garantiria o equilíbrio entre autonomia e responsabilização”.

Evidenciado também, que os usuários não têm muita noção do objetivo maior do programa proposto pelo Ministério da Saúde, que seria a mudança estratégica das ações básicas de saúde de profissional centrando-se no usuário e família, proporcionando a humanização do atendimento de saúde.

Com relação à autoavaliação de desempenho no cumprimento de suas atribuições, verificou-se que os profissionais explicitaram ter respectivamente um ótimo desempenho no trabalho, ou seja, a reflexão feita por eles com relação ao próprio desempenho é bastante positiva.

Algumas dificuldades, tais como, sobrecarga de trabalho, alto número de famílias a serem acompanhadas, falta de valorização profissional e de uma boa remuneração e estabilidade profissional, foram citadas como fatores que interferem direta ou indiretamente no desenvolvimento das suas atividades e, conseqüentemente, no seu desempenho.

Os autores Pedrosa e Teles (2001), citaram os mesmos problemas em uma entrevista feita à profissionais da saúde que também enfatizaram a baixa remuneração e a sobrecarga de famílias assistidas como pontos que impediam uma melhor atuação profissional.

Sobre os tipos de capacitação que os profissionais tiveram, observado que já participaram de várias capacitações. Ou seja, todos os profissionais foram treinados para

trabalhar no Programa Saúde da Família. Sobre as capacitações que os profissionais desejariam ter, eles não souberam citar nenhuma específica.

Em função das capacitações recebidas, os ACS demonstraram estar preparados para exercer a profissão, atribuíram a boa atuação às qualificações recebidas.

Quanto ao seu nível de satisfação em relação à profissão, observa-se que estão satisfeitos com o que fazem, somente demonstram que são pouco valorizadas financeiramente e em relação à estabilidade profissional, também apresentaram insegurança.

A maioria dos agentes apresenta-se satisfeitos com a profissão, principalmente devido à identificação com o que executam. Observa-se, porém, que mesmo satisfeitos, eles anseiam por reconhecimento e valorização da categoria pela Instituição, melhores condições de trabalho e de remuneração.

Os ACS que demonstraram insatisfação com a baixa remuneração, a falta de credibilidade, a grande quantidade de tarefas, a falta de condições financeiras da população para pôr em prática as orientações recebidas e a falta de intersetorialidade, ou seja, a desintegração de outros setores ou a dificuldade que outros profissionais colocam para um melhor andamento dos agendamentos de consultas, exames, etc. marcados por eles na ocasião da triagem, quando da visita domiciliar.

No que se refere ao relacionamento entre ACS e os demais profissionais da equipe, pôde-se observar, que a maioria dos agentes considera haver um bom relacionamento com a equipe.

Sobre a receptividade da população com relação às atividades desenvolvidas pelos ACS, verificou-se que algumas dificuldades no relacionamento com a população devido a não aceitação de algumas pessoas da comunidade em relação ao trabalho executado por elas. Os motivos poderiam ser a falta de esclarecimento mútuo tanto da comunidade quanto do agente, para um melhor entendimento da filosofia do programa, ou a falta de habilidade do próprio agente, uma vez que estando habilitado a lidar com a população dessa comunidade em que trabalha, teoricamente deveria ter um nível de aproximação, amizade e de relações de afetividade com as pessoas, o que de certa forma facilitaria o desenrolar do seu desempenho profissional.

Com o passar do tempo, o trabalho do ACS ultrapassa o acolhimento das pessoas e o atendimento às suas necessidades. Mais do que isso, ele se dedica a cuidar das pessoas a partir do conceito ampliado de saúde. Ao longo da convivência com a comunidade começa a se criar uma reciprocidade: ele se percebe e é percebido como conhecedor da população, organizador do acesso à assistência, vigilante de riscos e controlador dos cuidados com a

saúde das pessoas, com forte identificação comunitária, executor de ações inter-setoriais, o que o torna um trabalhador diferenciado da saúde (Silva e Dalmaso, 2002).

Em relação a humanização os profissionais mostraram estar cientes do assunto mostraram que os profissionais não ter dificuldade nenhuma em “compreender o significado” de humanização, mas em relação a vínculo/humanização, há certa divergência entre a teoria e a prática.

Sobre a prática da humanização observou-se que existe uma preocupação, e até mesmo uma responsabilização dos profissionais do PSF, na busca de soluções para os problemas da população

Segundo Santos (2000), é no cotidiano, que os profissionais do sistema, em interação com esta, buscam a construção da saúde, priorizando a proteção, a promoção do autocuidado, a troca solidária, procurando, dessa maneira, sair do modelo biomédico dependente, centrado na doença.

Conforme as famílias visitadas, para melhorar a assistência prestada pela unidade, seriam necessários mais médicos gerais, médicos especialistas e serviço de pronto-atendimento.

De uma maneira geral a maioria estão brevemente satisfeitos com a receptividade e desenvoltura dos serviços prestados.

Podemos perceber então que a população também não possui uma instrução e esclarecimento sobre o que realmente é necessário para um atendimento humanizado, pois referiram melhoras nos setores organizacionais e práticos da Unidade e não na estruturação de um melhor vínculo entre eles e os profissionais prestadores de serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imensa maioria dos agentes observados era composta por mulheres, assim como na maioria dos municípios brasileiros. A faixa etária que mais concentraram agentes foi entre 25 e 45, isto é, adultos jovens. Acredita-se que os profissionais com maior idade tendem a conhecer melhor a comunidade, ter mais vínculos e laços de amizade. Eles também têm seus próprios conceitos sobre o processo saúde-doença, advindos de experiências próprias ou alheias, podendo ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde em sua comunidade. Por outro lado, os profissionais mais jovens não conhecem tão bem a comunidade, seu envolvimento pode ser menor; entretanto, seus conceitos de saúde e doença poderão não ser muito arraigados, estando mais abertos às mudanças e às novidades.

Observou-se a importância da autonomia e a cooperação entre os profissionais para que o trabalho coletivo se efetive. Os profissionais possuem atribuições distintas de acordo com a formação de cada um, e por conta dos serviços prestados agem às vezes individualmente, às vezes de forma coletiva. As suas ações mesmo que sejam individuais, se complementam, pois compartilham de um só objetivo, o de realizar cuidados aos usuários atendidos pelo Programa de Saúde da Família.

Notou-se mostra que a relação usuário e profissional está muito abaixo daquela esperada pelo objetivo do Programa Saúde da Família, caracterizando a necessidade de uma qualificação diferenciada dos profissionais, com aquisição de novos saberes, valores e práticas e estabelecimento de vínculo entre a equipe e população para a construção de modelos de atenção voltados para a qualidade de vida.

Observa-se que os profissionais atuais, estão cientes do objetivo do Programa, porém, não exercem na prática o que lhe são aplicados, onde o vínculo é colocado como de muita importância na avaliação da satisfação do usuário.

Percebe-se que os profissionais avaliaram como sendo boa a relação entre eles e a equipe de saúde, porém encontraram algumas dificuldades de relacionamento com a população, isso provavelmente por falta de habilidade para desenvolver o trabalho junto à população e/ou falta de esclarecimento da mesma em relação ao trabalho executado por eles.

É importante ressaltar que o trabalho cotidiano do PSF vem possibilitando aos trabalhadores construir uma concepção de equipe centrada não no trabalho de um só

profissional, mas, cada um, contribuindo com seu grau de conhecimento, visando o bem-estar do paciente.

Entende-se, assim, que a equipe tem como objetivo comum atender às necessidades de saúde do usuário. É importante ressaltar que os trabalhadores de saúde da Unidade estão sempre buscando, mediante o diálogo entre eles, informações que possam resolver os problemas apresentados pelos usuários.

Quanto aos usuários, a avaliação positiva feita por eles em relação à assistência prestada pelos profissionais está muito ligada ao vínculo que se desenvolve entre esses profissionais e a população adscrita. Mas nota-se também que os próprios usuários não têm noção do termo humanização. Eles entendem como humanização o fato de um profissional tratá-los bem, não agredi-los verbalmente, ter médicos e serviços suficientes para atendê-los, etc. E o conceito de humanização é bem mais complexo.

Se partirmos da crítica ao conceito-sintoma, conclui-se a “humanização” como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo descreve, intervém e produz a realidade nos colocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. **Trabalho em equipe**: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & saúde coletiva* vol.12 n°. 2, Rio de Janeiro Mar./Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022> Acesso em: 3julh 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. *Revista Ciência Saúde Coletiva*. 2005 Jul-Set; 10 (3): 561-71.

BERLINGUER, G. Política e Saúde: Proposta. *Jornal da Reforma Sanitária*, nº 11, p. 4, julho, 1988a.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar**. *Humaniza* 2003. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>. Acesso em: 25ago de 2010.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá Outras Providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.

BRASIL. **Política nacional de humanização: Humaniza SUS**. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. Acesso em: 12 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde**: PACS. Portaria nº 1886/GM. Anexo 1. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modelo de qualificação da estratégia saúde da família no Brasil**: proposta técnica – versão 7.2. Brasília, mar. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Organizando o SUS a partir do PSF. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, 2004b; Edição especial: 7-23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, ano VI, n. 8, dez. 2005.

CAMARGO JR., K. R. **As muitas vozes da integralidade**. Disponível em:

<<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inoid=104&tpl=view%5Fpar tipantes>>. Acesso em: 14jun 2010.

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Abrasco, v. 8, n. 2, 2003.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. **Humanização do atendimento em saúde**: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Jan-Fev; 2005.

CECÍLIO, O. **Modelos de Gestão para Mudar o Hospital**: Cadeia de Apostas e Engenharia de Consensos. <http://www.ccs.uel.br/>. Acesso em: 08ago 2010.

COSTA, A.M. **Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Saúde e Sociedade. v. 13, n. 3, 2004. Disponível em:

<http://www.apsp.org.br/saudesociedade/XIII_3/integralidade.htm> Acesso em: 20 set. 2010.

CRAVEIRO DE SÁ, L. **Implantação da Musicoterapia no Hospital de Urgências de Goiânia**: contribuindo para a Humanização na Saúde Pública. Projeto de Extensão do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Musicoterapia - NEPAM - Escola de Música e Artes Cênicas da UFG. Goiânia, 2004.

DRAIBE, S. As políticas sociais nos anos 1990. In: **Brasil: Uma Década em Transição**, Rio de Janeiro: Editora Campus/Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 1999.

DUARTE, E. **Humanização voluntária**. Disponível em:

<<http://www.unifesp.br/dpsiq/arquivo,psicomp2.html>>. Acesso em: 15set 2010.

FAIMAM, C.S; DANESI D.; RIOS, I.C; ZAHER, V.L. **Os cuidadores**: a prática clínica dos profissionais de saúde. Mundo Saúde. 2003 Abr-Jun, nº. 27

FORTES, P.A.C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde.** Saúde e Sociedade. 2004 Set-Dez; 13 (3): 30-5.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnico assistencial. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JR., H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o Sus no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003.

LACAZ, F. A. de C.; FLÓRIO, S. M. R. **Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX.** Ciência & saúde coletiva, vol.14 nº.6, Rio de Janeiro, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600019&script=sci_arttext> Acesso em: 10jul 2010.

LAGES, I. **Programa Saúde da Família: uma Apreciação dos seus Usuários e Trabalhadores.** Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Pernambuco, 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 22set 2010.

LEVY, F.M; MATOS P.E.S.; TOMITA N.E. **Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde.** Cadernos de Saúde Pública. 2004 jan-fev; nº. 20.

MARTINS, M.C.F.N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde.** São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2001.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, Abrasco, 2001.

MATTOS, R. A. **A integralidade na prática** (ou sobre a prática da integralidade). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-16, set./out. 2004.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R.; KOIFMAN, L. A integralidade na prática da formação e no cuidado em saúde. In: **VI CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA**, Belo Horizonte, jul. 2005. oficina/mimeo.

NASCIMENTO, E. S. **Compreendendo o cotidiano em saúde.** Enferm. Rev., Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 31-38, dez. 1995.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERE, M. F. M & BRUGEMANN, O.M.A. **Melodia da Humanização**: Reflexões sobre o cuidado durante o processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futuro, 2001 .

OLIVEIRA, S. F de. **Avaliação do Programa de Saúde da Família. Uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal da Paraíba, 2006. Disponível em: <www.cchla.ufpb.br/pos_psi/pdf/dissertacoes/suenny_2006.pdf> Acesso em 10out 2010.

PEREIRA FILHO, C.E.F. **A política pública como caixa de pandora**: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira, 1985-1989. Recife, 1994. Dissertação Mestrado – Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco.

PAIM, J. **Políticas de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário**. Ciência & Saúde Coletiva, 1:18-20.1996.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. **Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família**. Revista de Saúde Pública, v.35, nº3, 2004.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública. 2001 fev; nº 35.

PEREIRA FILHO, C.E.F. **A política pública como caixa de pandora**: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira, 1985-1989. Recife, 1994. Dissertação Mestrado – Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco.

PESSINI, L.; PEREIRA, L.L.; ZAHER, V.L.; SILVA, M.J.P. **Humanização em saúde**: o resgate do ser com competência científica. Mundo Saúde. 2003 Abr-Jun; 27.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde**: um campo de estudo e construção da Integralidade. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/livros_sentidos.htm>. Acesso em: 14jun 2010.

PINHEIRO, R. **Dez anos de saúde da família**. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>? Acesso em: 14jun 2010.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes versus modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

RIBEIRO, D. Estudos de Antropologia da civilização IV: os brasileiros, livro I – teoria do Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

SANTOS, L.; CARVALHO, G.I. Lei 8080/90. In: **Sistema Único de Saúde** – Comentários a Lei Orgânica da Saúde. 2.ed.São Paulo: Ed. Hucitec Ltda, 1995.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1-13, nov./dez. 2004.

SENN, M. de C. M. **Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000700020&script=sci_arttext> Acesso em: 15ago de 2010.

SCHERER, M. D. dos A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde**: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface (Botucatu) vol.9 nº.16 Botucatu Set./Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100005> Acesso em: 7jun 2010.

SILVA, J.A; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA JÚNIOR, A. **Modelo tecnoassistencial em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SIQUEIRA, S. A. V. de (et. al.). **Descentralização e Assistência à Saúde no Brasil**: a Oferta de Serviços nos Anos 90. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, jan/abr. 2002

SOUZA, R. A. de; CARVALHO, A. M. **Programa de Saúde da Família e Qualidade de Vida**: um Olhar da Psicologia. Natal : Estud. Psicol., vol. 08, n. 03, pp. 515 - 523, dez. 2003, ISSN 1413 - 294X.

TARRIDE, M. I. **Saúde Pública: Uma Complexidade anunciada - 1ª Reimpressão**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2002.

TRESSE, P. V. **Acolhimento e Vínculo na assistência Prestada ao Portador de Diabetes em Uma Unidade Básica de Saúde no Município do Rio de Janeiro.** 2008. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública) ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2008.

VASCONCELOS, E. Os novos profissionais: as auxiliares de saúde, pp. 51-57. In Vasconcelos, E. **Educação popular nos serviços de saúde.** 3ª ed. Hucitec, São Paulo, 1997.

VIANA, A.L; DAL POZ M. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Reforma, tecnologia e recursos humanos. Physis – Revista de Saúde Coletiva8(2), 1998.

VICTOR, J.F. **Educação em saúde na unidade básica de saúde da família:** atuação do enfermeiro [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2004.

