

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOLOGIA EM SAÚDE  
COLETIVA**

Franklin Gilvanni de Castro Henriques

**HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE:  
UM ESTUDO DE CASO  
SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE  
DE UM MUNICÍPIO EM SANTA CATARINA.**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOLOGIA EM SAÚDE  
COLETIVA**

**HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE:  
UM ESTUDO DE CASO  
SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE  
DE UM MUNICÍPIO EM SANTA CATARINA.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina  
para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.  
Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva.

**FRANKLIN GILVANNI DE CASTRO HENRIQUES**

Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

2009

**Franklin Gilvanni de Castro Henriques**

**HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO  
DE CASO SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE  
DE UM MUNICÍPIO EM SANTA CATARINA.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina  
para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.  
Área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dayane Machado Ribeiro, Dr<sup>a</sup>.

Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

**2009**

**“ É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz,  
de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”**

**Paulo Freire**

À meus pais Raymundo e Elizete pelo dom e exemplo de vida.

À minha esposa Alexandra pelo amor e apoio em todos os momentos.

À meus filhos Bruna, Davi e Franklin Junior pela alegria de viver.

À meus irmão Eddie, Willyam, Leonardo e Marcello pelos exemplos de fraternidade.

## AGRADECIMENTOS

Nosso reconhecimento e agradecimento:

A Prof<sup>a</sup>. Dayane Machado Ribeiro, minha Orientadora, pela oportunidade, paciência e confiança.

A todos os participantes deste trabalho, profissionais da Prefeitura Municipal de São José, e coordenadores de Unidades Locais de Saúde.

Aos professores de Mestrado e Doutorado deste Programa.

Aos colegas de Mestrado pela caminhada e lutas, companheiros nesta conquista.

Aos colegas de Doutorado pelas lições e exemplos de profissionalismo.

Ao Prof. José Francisco Fletes pela dedicação, contribuição e apoio no trabalho de análise estatística

Aos funcionárias Ana e Renata.

Aos Profs. Ângela Scarparo Caldo Teixeira, Gilsée Ivan Regis Filho e João Carlos Caetano pela valiosa contribuição através da participação na Banca examinadora deste trabalho.

Ao Centro de Ciências da Saúde, à Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

1	Introdução.....	14
2	A Saúde Pública: dos primórdios ao Sistema Único de Saúde (SUS).....	17
3	A Humanização.....	27
	3.1 Conceitos.....	27
	3.2 A Humanização no setor Saúde.....	28
4	A Política Nacional de Humanização (PNH).....	36
5	Estudos Empíricos.....	43
	5.1 O município estudado.....	43
	5.2 A instituição de saúde e sua estrutura.....	44
	5.3 Metodologia para levantamento de dados.....	46
	5.4 Metodologia para tratamento de dados.....	48
	5.5 Resultados e discussão.....	50
	5.5.1 - Caracterização da população de pesquisa– coordenadores ULS... 50	
	5.5.2 - Descrição das equipes de profissionais de saúde.....	51
	5.5.3 - Profissionais e sua localização nas categorias de ULS.....	53
	5.5.4 - Humanização da Atenção à saúde - o serviço.....	59
	5.6 Sugestões para a instituição.....	67
6	Conclusões.....	69
	Referências.....	70
	Apêndices.....	82

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 01** - Modelo transversal demonstrando todas as instâncias do SUS envolvidas no processo de humanização com o Núcleo Técnico de Coordenação da PNH (BRASIL, 2006d).

**Figura 02** - Representações visuais da Política Nacional de Humanização.

**Figura 03** – Localização do município de São José e seus limites com municípios vizinhos na Grande Florianópolis (adaptado IBGE, 2007).

**Figura 04** – Localização geográfica das Unidades Locais de Saúde (ULS) do Município de São José. No mapa via satélite, as ULS com marcador amarelo e limites territoriais com a linha verde (Adaptado GOOGLE, 2007).

**Figura 05** - Distribuição percentual dos profissionais de nível médio, quanto ao tipo de vínculo. SMS/SC/ 2007.

**Figura 06** - Distribuição percentual dos profissionais de nível superior, quanto ao tipo de vínculo. SMS/SC/ 2007.

**Figura 07** - Distribuição quantitativa dos profissionais cirurgiões-dentistas, quanto ao tipo de vínculo, por categoria de ULS. SMS/SC/ 2007.

**Figura 08** - Distribuição quantitativa dos profissionais enfermeiros, quanto ao tipo de vínculo, por categoria de ULS. SMS/SC/ 2007.

**Figura 09** - Distribuição quantitativa dos profissionais médicos, quanto ao tipo de vínculo, por categoria de ULS. SMS/SC/ 2007.

**Figura 10** – Ampliação de acesso: horário alternativo e projeto de acolhimento, por categoria ULS.

**Figura 11** - Cuidado integral e resolutivo: tempo de espera menor do que 30 minutos, urgência leva um tempo menor de 30 minutos para o atendimento e existência de protocolo de atenção domiciliar, por categoria de ULS.

**Figura 12** – Cuidado integral e resolutivo: encaminhamentos preenchidos corretamente, consulta de referência marcada em menos de 60 dias e atividades por grupos de risco, por categoria de ULS.

**Figura 13** – Distribuição em porcentagem, por categoria de ULS, da visualização das informações sobre os serviços; informações vinculadas aos serviços; identificação dos profissionais; forma de comunicação aos usuários quando não carecem de estarem na ULS.

**Figura 14** – Disponibilidade de informativos, cartilhas e boletins com: informações e os direitos dos usuários do SUS; existência de pré-agendamento de horários, aviso sobre ausência temporária de profissionais, fluxograma de atendimento

**Figura 15** - Tempo médio em dias, transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais.

**Figura 16** - Categorias de ULS com percentual de humanização no estudo.

## LISTAS DE TABELAS

**Tabela 01** – Perfil dos Coordenadores de Unidades Locais de Saúde. S.M.S.- S.J./SC, 2007.

**Tabela 02** – Distribuição da população, nos bairros de área de abrangência da ULS, por categorias. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

**Tabela 03** – Distribuição de profissionais de nível superior nas Unidades Locais de Saúde (ULS) por categorias e Profissão. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

**Tabela 04** – Distribuição das **consultas agendadas e encaminhamentos com consulta referenciada** nas Unidades Locais de Saúde (ULS) por categorias, de usuários com e sem risco, no período de um mês. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

**Tabela 05** – Distribuição dos **atendimentos de urgências: pronto atendimento, agendamento de consulta, encaminhamento sem e com consulta referenciada**, nas Unidades Locais de Saúde (ULS) por categorias, no período de um mês. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

Apêndice D - Valores e percentuais, distribuídos em itens de 11 a 43 (APÊNDICE A), agrupados nas respectivas categorias de Unidades Locais de Saúde (ULS), com referência a humanização do serviço, destacando os **direitos dos usuários, controle social e implementação de ações no âmbito da promoção de saúde**. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

Apêndice E - Valores percentuais de humanização nas Unidades Locais de Saúde (ULS) por categorias, com relação a **ambiência do local de serviço**, no período de um mês. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

## LISTAS DE QUADROS

**Quadro 1** – Relação das Unidades Locais de Saúde (ULS). S.M.S. - S.J./SC, 2007.

**Quadro 2** – Equivalência entre a denominação do *Código de situação do setor* do IBGE (2007b) e a nova denominação desta pesquisa.

**Quadro 3** – Distribuição das ULS de acordo com sua categoria, especificada no quadro 02.

**HENRIQUES, F.G.C.** Humanização da Atenção à Saúde: um estudo de caso sobre o serviço de Saúde de um Município de Santa Catarina. 2009. 103f. Dissertação. (Programa de Pós-graduação em Odontologia). Mestrado em Odontologia – Área de Concentração em Odontologia em Saúde Coletiva, UFSC. Florianópolis.

## **RESUMO**

As propostas de humanização implicam na responsabilização dos serviços de saúde e dos trabalhadores da saúde, em construir junto com os usuários uma resposta aos problemas e aflições, para que o SUS não produza apenas consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender deve gerir: conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário. Desta forma este estudo se propõe a levantar o modelo de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de São José sob o ponto de vista da humanização. Realizado através de um estudo estatístico descritivo de exploração dos dados, com análise de frequência das respostas de coordenadores de Unidades Locais de Saúde (ULS) e da correlação entre as variáveis, sendo que a população foi categorizada com o código de situação do setor do IBGE. Os Cirurgiões-dentistas são efetivos, com 97,96%. Com relação aos indicadores de humanização utilizados no modelo de atenção a saúde destaca-se no serviço a concentração de consultas de usuários e médicos na categoria Urbanizada com 73,99% e 69,32% sendo a população de 59%, evidenciando uma desproporção na Atenção a Saúde. Já a categoria Urbana Isolada destacou-se com 58,14% de resolutividade nas urgências dos usuários. As consultas referenciadas levam em média mais de sessenta dias para serem realizadas. Sendo que o presente instrumento possibilitou concluir que o modelo de atenção à saúde no município de São José apresenta humanização em diversos graus e em todas as categorias, destacando-se a categoria Urbana Isolada que apresentou o total geral de 43,83% de humanização. Os itens de humanização do instrumento possibilitam a realização de ações de monitoramento e avaliação no planejamento da Atenção à Saúde.

**Palavras-chaves: Humanização, Atenção à Saúde, Planejamento.**

**Autor:** Franklin Gilvanni de Castro Henriques

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dayane Machado Ribeiro, Dr<sup>a</sup>

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Dissertação de Mestrado em Odontologia

Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Florianópolis, 18 de Fevereiro de 2009

**HENRIQUES, F. G. C.** Humanization of the Attention to the Health: a study of in case on the service of Health of a Municipal district of Santa Catarina. 2009. 103f. Dissertation (Pos- Graduation Program in Dentistry).Masters in Dentistry - Concentration Area in Collective Health Dentistry, UFSC. Florianópolis.

### **ABSTRACT**

The humanization proposals imply in the responsibility of the services of health and the workers of the health, in together with constructing to the users a reply to the problems and afflictions, so that the SUS, it does not produce only consultations and attendance, but that the process to consult and to take care of must manage: knowledge, responsibility and autonomy in each user. In such a way this studies if it considers raising it the model of Attention to the Health of the City department of São José under the point of view of the humanization. Carried through a descriptive statistical study of exploration of the data, with analysis of frequency of the answers of coordinators of Local Units of Health and of the correlation between the variable, being that the population was categorized with the code of situation of the sector of the IBGE. The Surgeon-dentists are effective, with 97.96%. With regard to the pointers of humanization used in the attention model the health it is distinguished in the service the concentration of consultations of users and doctors in the urban category with 73.99% and 69.32% having been the 59% population, evidencing a disproportion in the Attention the Health. Already the Isolated Urban category was distinguished with 58.14% of resolutividade in the urgencies of the users. The indicated consultations take more than sixty days on average to be carried through. Being that the present instrument made possible to conclude that the model of attention to the health in the city of Is Jose it presents humanization in diverse degrees and all the categories, being distinguished it Isolated Urban category that presented the grand total of 43.83% of humanization. The instrument makes possible, with its item of humanization, the accomplishment of action to monitor and evaluation in the planning of the Attention to the Health.

**Keywords: Humanization, Attention to the Health, Planning.**

**Author:** Franklin Gilvanni de Castro Henriques

**Advisor:** Prof<sup>a</sup>. Dayane Machado Ribeiro, Dr<sup>a</sup>.

**FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA  
POS GRADUATION PROGRAM IN DENTISTRY**

Dentistry Master's Dissertation

Major Collective Health in Dentistry

Florianopolis, February 18, 2009

## CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como o “perfeito bem-estar global da pessoa, tanto físico, como mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”(DeCS/BVS, 2007a). Conceito contestado por Segre (1997) que classifica como utopia, este completo estado de bem-estar.

A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988a) por sua vez, em seu artigo 196, definiu que a saúde é: “um 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”.

Desta forma, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990 através das Leis Orgânicas da Saúde: Leis nº 8.080 e nº 8.142, conceituam a saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990ab).

Com a busca deste pleno estado de bem estar global, surgiu na Europa, nos anos 90, as primeiras discussões sobre a proteção dos direitos dos pacientes e a humanização da atenção que resultaram na Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes, sintetizada pelo respeito e equidade em saúde. Com propostas para assegurar a proteção dos direitos humanos e promover a humanização da assistência a todos os pacientes mais vulneráveis. Na temática de defesa sobre os direitos dos pacientes e da humanização da atenção, os movimentos sociais e as associações de defesa de direitos dos pacientes de grupos vulneráveis foram primordiais na democratização do Brasil, graças às lutas e ações de reivindicações de direitos (VAITSMAN; ANDRADE 2005).

Paralelamente, o modelo de assistência oferecido nos hospitais geravam freqüentes críticas, pois eram caracterizados como: tecnicista, sem acolhimento e nenhuma humanidade por parte dos profissionais. Este modelo assistencial resulta na criação da Cartilha dos Direitos do Paciente elaborada durante o Fórum de Patologias do Estado de São Paulo, servindo de base à lei 10.241, de 17 de março de 1999, que tratava dos direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo. A lei em questão assegura os direitos de privacidade, informação e atendimento respeitoso por parte dos profissionais de saúde remetendo a idéias que contemplam a humanização.

Desta forma com o objetivo de legitimar os direitos adquiridos através das lutas mencionadas anteriormente, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) criou no dia 24 de maio de 2000, o Programa Nacional de Humanização da

Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2000a), que teria como objetivo central: a promoção de mudanças na cultura do atendimento na área hospitalar. A partir da sistematização de experiência com êxito em parcerias com movimentos e instituições incorporou-se a humanização para além do âmbito hospitalar, abrangendo outras áreas da assistência. Na seqüência, o MS lança o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (Brasil, 2000b), com objetivos específicos de: melhorar a cobertura, o acesso, a qualidade e a assistência ao parto e puerpério (PESSINI; BERTACHINI, 2006). A difusão da humanização aponta para a necessidade de uma Política Pública, que defenda e difunda-a para todo o SUS, legitimando-o (BENEVIDES E PASSOS, 2005).

Mediante esta realidade surge então em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) criada pelo Ministério da Saúde, denominada pelos pares sinteticamente de HUMANIZA/SUS (Brasil, 2003).

A PNH destaca-se por ser uma das áreas prioritárias de atuação do Ministério da Saúde. Possui o “objetivo de traduzir os princípios do SUS de maneira a operar, no cotidiano as práticas de atenção e gestão, através de construção entre gestores, trabalhadores e usuários, de trocas solidárias, comprometidas com a produção de saúde e a produção de sujeitos” (BRASIL, 2003). Entendida também como a valorização, dos diferentes sujeitos, implicados no processo de produção de saúde e prosseguindo com os valores que norteiam esta política: “a autonomia e o protagonismo destes sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2004a).

Inicialmente a PNH foi concebida sob três diretrizes: 1) da Inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde em ações interdependentes e complementares; 2) da Transversalidade com concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias aumentando a abertura da comunicação entre grupos (intra e inter) refletindo na mudança das práticas de saúde; e 3) da Autonomia e Protagonismo dos sujeitos com participação coletiva no processo de gestão, vínculos solidários e corresponsabilidades nos segmentos do SUS (Brasil, 2003).

Por sua vez, a produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo desenvolvido nas ações e serviços de saúde. Implicam na responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir junto com os usuários uma resposta possível de suas: dores, angústias, problemas e aflições, para que o SUS “não apenas produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender” produza conhecimento, responsabilidade e autonomia em cada usuário (BRASIL, 2004a).

Este estudo se propõe a levantar o modelo de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de São José sob o ponto de vista da humanização.

Este trabalho compõe-se de seis capítulos, estruturados da seguinte forma:

- Introdução – Capítulo 1.
- A Saúde Pública e o Sistema Único de Saúde (SUS): relata as lutas e conquistas históricas em saúde, no Brasil, até os dias atuais - Capítulo 2.
- A Humanização na Saúde: destaca os conceitos e evolução do tema através dos referenciais teóricos - Capítulo 3.
- A Política Nacional de Humanização (PNH): Como o HumanizaSUS se introduz e se constrói no Brasil – Capítulo 4.
- Estudos: aborda as repostas dos coordenadores de saúde de Unidades Locais de Saúde sobre os indicadores de serviço: quanto a ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo; direito dos usuários, controle social e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde; conceito de ambiência, provisão de recursos materiais e insumos; a metodologia aplicada, os resultados e discussões, com sugestões para a instituição – Capítulo 5.
- Finalizado com as conclusões – Capítulo 6.

## **CAPÍTULO 2 - A SAÚDE PÚBLICA: DOS PRIMÓRDIOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

A história da Saúde Pública Brasileira teve seu início há duzentos anos, com a transferência da Corte portuguesa para o Brasil Colônia (NUNES, 2000). Impostos pela sua presença surgiram várias necessidades de transformações na área da saúde, tais como: a higiene pública, a medicalização do espaço urbano e criação de escolas (1808): uma de Cirurgia na Bahia e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Medicina do Rio de Janeiro, com o intuito de preparar os primeiros profissionais habilitados oficialmente dentro do Brasil (SANTOS-FILHO, 1991).

Já em 1850, o Governo Imperial do Brasil, caracterizado como unitário e centralizador, realizou como principal ação em saúde a delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais. Havendo o controle dos navios e da saúde nos portos dando-se ênfase aos espaços de circulação de mercadorias (POLIGNANO, 2000).

Segundo Lima et al (2002), relatos anteriores classificavam o Brasil como um local próspero e sem doenças, fato desmistificado após o impacto causado pela febre amarela no Rio de Janeiro, nos anos de 1849 e 1850, que vitimou também a elite. Como também disseminação de outras doenças graves que prejudicavam a imagem do Brasil no exterior e em consequência as exportações. Estes fatos favoreceram a compreensão do quadro sanitário brasileiro como um problema científico e político importante.

Paralelamente surgiram as Conferências Sanitárias Internacionais onde a primeira e segunda edição foi realizada em Paris, nos anos de 1851 e 1859, seguidos da terceira e quarta, respectivamente em Constantinopla (1866) e Viena (1874). O continente americano foi contemplado com a quinta Conferência Sanitária Internacional no ano de 1881, na cidade de Washington, onde Finlay apresentou a teoria sobre a transmissão da febre amarela. A enfermidade através de um vetor podia ser transmitida do indivíduo doente para o são, mas esta hipótese só foi plenamente demonstrada após vinte anos (LIMA et al, 2002).

Segundo Mendes (1995), do séc. XIX até os anos 60 predominou o modelo do sanitarismo campanhista, com fortes características militares de estilo repressivo e concentração de decisões. A teoria dos germes de modelo unicausal era a concepção de saúde-doença da época, onde se preocupava apenas com a relação agente e hospedeiro. O intuito era de garantir a erradicação e controle das doenças que prejudicaram a monocultura cafeeira, base da economia agro-exportadora. As políticas de saúde estavam

relacionadas diretamente com a evolução político-social e econômica do Brasil e obedeciam à ótica do avanço do capitalismo.

No início do século XX, o período compreendido de 1903 a 1908 foi considerado como o das primeiras experiências de Saúde Pública para erradicação efetiva de doenças no Brasil. Realizadas ações contra a febre amarela, e entre outras doenças como: a varíola, a malária. Nesta época, Oswaldo Cruz foi nomeado para a direção do Departamento Federal de Saúde Pública, estruturando-o com diversos setores: uma seção demográfica com objetivo de conhecer a composição dos espaços geográficos e fatos vitais da população; um laboratório bacteriológico para auxílio no diagnóstico; um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela; a inspetoria de isolamento e desinfecção; e o instituto soroterápico federal para fabricação em massa de produtos profiláticos, posteriormente rebatizado com seu nome: o Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO; MERCADANTE, 2000, 2002).

Lima et al (2002) lembra que, nos anos de 1920, já no Governo Republicano, iniciou a constituição de um aparato estatal de saúde com caráter nacional, que mais tarde foi criticado por possuir um modelo centralizador de longo período e dicotômico: o da saúde pública e o de medicina previdenciária. Neste mesmo ano, Carlos Chagas assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública, criaram-se os primeiros órgãos específicos de combate a doenças como: lepra (hanseníase), tuberculose e doenças venéreas caracterizando uma expansão dos serviços de saúde para além da cidade do Rio de Janeiro. Introduziu-se a força policial pra obrigar os suspeitos de doenças a realizarem exame de diagnóstico ou isolamento compulsório como na lepra, também foi utilizada a propaganda e a educação sanitária como meio de divulgação e técnica de ação (POLIGNANO; RISI JÚNIOR et al, 2000, 2002).

Em 1923, iniciou uma nova fase de conquistas sociais no âmbito da saúde, com a criação das primeiras entidades que asseguravam o direito aos trabalhadores de receberem à assistência médica. Eram as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) que inicialmente atendiam aos anseios de caráter previdenciário dos trabalhadores: ferroviários, marítimos e estivadores. Conquista esta instituída através da Lei nº 4682 de autoria do deputado Eloi Chaves, em 24 de janeiro. Este sistema por ser fragmentário tornou-se obsoleto não atendendo os anseios da classe trabalhadora e foi logo substituído, mais tarde, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), que uniam trabalhadores do mesmo setor ou ofício (MERCADANTE, 2002).

Paralelamente, na economia ocorre a crise do café em 1929, o que favorece a união dos setores agrários e urbanos. Propondo desta forma, um novo padrão de poder no Brasil, após a revolução de 1930, uma vez que, a política do café com leite que se caracterizava por monopólio em sucessões de representantes de São Paulo e Minas Gerais nos mandatos Presidenciais é rompida. Este desdobramento da economia favoreceu a criação dos CAP's, substituídos mais tarde pelos IAP's, onde, segundo Nicz (1982), passaram a ser importantes instrumentos de controle social e até de desenvolvimento econômico pela “captação de uma poupança forçada”, através de seu regime de capitalização.

Em 1942, foi criado pelo Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), como “contribuição do Brasil ao esforço de guerra das democracias” durante a II Guerra Mundial. O SESP consistia num acordo aonde o Brasil proporcionava apoio médico-sanitário, para atender os trabalhadores das áreas produtoras de borracha e minérios. Esta iniciativa foi considerada a primeira mudança na cultura campanhista de atuação verticalizada do Governo Federal. Com uma gestão profissional privilegiando a jornada integral e de dedicação exclusiva nos seus quadros, proporcionou uma atuação bem sucedida e com prestígio para organização SESP. Surgem desta forma as idéias de atenção básica domiciliar com uso de pessoal auxiliar proporcionando serviço curativo e preventivo, internações em especialidades básicas em Unidades mistas e redes de hierarquizadas de atenção integrada à saúde. Com relação a assistência a saúde, destacou-se, a partir de 1949, a criação e implantação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) com características inovadoras como: o atendimento médico domiciliar, financiamento consorciado entre todos os IAP's e atendimento universal, mesmo que limitado aos casos de urgência. (MERCADANTE, 2002).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o que na verdade se limitou ao desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência. E em 1956, foi criado, com a Lei nº 2743, de março, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste (BRASIL, 2007).

A Lei Orgânica da Previdência Social estabelecia a unificação do regime geral da previdência social, formada pela a união: dos IAP's, mais o SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Ocorre a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no ano de 1965, que passa a financiar os projetos

do governo através convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais (POLIGNANO, 2000).

O controle da saúde pública passa para Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), criada em 1970, em virtude de ser a agricultura a atividade hegemônica da economia, desloca-se das grandes cidades para o campo o controle das epidemias e endemias. Esta nova instituição sucedeu o Departamento Nacional de Endemias rurais (DNERU) (MERCADANTE, 2002).

Em 1974, o sistema previdenciário sai do Ministério do Trabalho e se consolida como Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Lei 6025 de 25 de junho (NUNES, 1998). Neste ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) (POLIGNANO, 2000).

No ano de 1975 institui-se no papel o Sistema Nacional de Saúde, através da Lei nº 6229, de 17 de julho, que estabelecia a forma de ação na área da saúde dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento da promoção, proteção e recuperação da saúde. Por recomendações internacionais e a necessidade de expandir a cobertura, em 1976, inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Este foi configurado como primeiro programa de medicina simplificada do nível federal, pois era consenso da maioria dos formadores de opinião, que a única possibilidade de levar a assistência médico-sanitária, através da utilização de técnicas simples e de menor custo, a todos que dela necessitassem. Sendo que as pessoas executoras das atividades eram recrutadas na própria comunidade (MERCADANTE, 2002).

Segundo Polignano (2000) o programa PIASS, possibilitou a incorporação de técnicos oriundos do Movimento Sanitário no interior do aparelho estatal, resultando numa grande expansão da rede ambulatorial pública. O INPS tornou administrativamente, financeiramente e estruturalmente muito complexo, o que levou em 1978 a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este órgão, por ter priorizado a medicina curativa, foi incapaz de solucionar os problemas de saúde coletiva como: as endemias, epidemias e os altos índices de mortalidade infantil.

Em 1978, ocorreu a realização da Conferência Internacional de Alma Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Ficando definida a Atenção Primária de Saúde (APS) como a estratégia principal para a expansão das coberturas dos serviços de saúde para toda a população (SPT) e a participação comunitária foi incorporada como um dos princípios fundamentais (MACEDO, 1997).

O Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligada ao INAMPS foi criado em 1981, com propósitos definidos de fiscalizar com mais rigor a prestação de contas dos serviços credenciados combatendo-se as fraudes; com reversão gradual do modelo médico assistencial; aumento da produtividade do sistema; melhoria da qualidade da atenção dos serviços prestados às populações urbanas e rurais; eliminação da capacidade ociosa do setor público; hierarquização; criação do domicílio sanitário; montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial; revisão dos mecanismos de financiamento do FAS (POLIGNANO, 2002).

Com um maior controle por parte do governo a Federação Brasileira de Hospitais e de Medicina de Grupo perderam a hegemonia e o status dentro do sistema de saúde. Desta forma esta se une ao congresso e derruba a tentativa do CONASP de instituir o PREV-SAÚDE, considerado um novo modelo sanitário. Paralelamente, surgiu o sistema de atenção médica supletiva, que se baseava num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para aquela parcela da população que tinham condições financeiras de arcar com o sistema. Beneficiando parte da população não possuíam a preocupação de investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde (POLIGNANO, 2002).

Segundo Mercadante (2002) a crise econômica dos anos 80, provocou redução das contribuições sociais e diminuição das receitas fiscais levando a uma quebra no caixa, o que o agravamento da má distribuição de renda e na qualidade de vida da população, aumentando as necessidades de atenção à saúde. Desta forma, dentro deste panorama consolida-se o movimento pela Reforma Sanitária com idéias definidas como: a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento e a responsabilidade do Estado na provisão das condições de acesso de saúde como direito social universal; modelo de atenção reorientado nos princípios de integralidade da atenção e da equidade; e ênfase na reorganização do sistema através da descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

Na mesma época, surgem a Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN) com o objetivo de fixar repasses federais dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social para o financiamento de serviços realizados pelos estados e municípios; e também, normalizar programações de articulações entre estes ministérios e o da Educação provendo hospitais de ensino e universitários (MERCADANTE, 2002).

Em 1984, são implantadas outras Políticas Públicas com objetivos de reorganizar a atenção em saúde, como as Ações Integradas de Saúde (AIS). Este novo modelo

assistencial era caracterizado por procurar integrar as ações curativas e educativas. A Previdência passa a comprar serviços prestados por Estados, Municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários, ou seja, estimulou a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde, com trabalhos semelhantes ao da CIPLAN, sendo que após 1987, já existiam 2500 municípios signatários com os convênios AIS (MERCADANTE, 2002).

Com o fim do período de “exceção” política (XAVIER, 2006), movimentos sociais diversos organizaram-se, culminando com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS). Começa a ser descentralizado a gestão do sistema: com ênfase nos mecanismos de programação e orçamentos integrados; e com as decisões colegiadas tomadas no âmbito das Comissões Interinstitucionais. Desta forma, surge o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), embrião do futuro sistema atual (MERCADANTE, 2002).

Existiu grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986). E a partir da participação de diversos setores organizados da sociedade surgiu o consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas de todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram e promulgaram a Constituição de 1988 (ANDRADE, PONTES, MARTINS JUNIOR, 2000).

A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988a), define em seu artigo 196, “que a saúde é um 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, 1988, a) e o seu artigo 198, referem-se [...]as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único[..](BRASIL, 1988, c). Desta forma o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Brasileira (1988, b) que especifica no seu artigo Art. 197; “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente [...]”, necessitando ser regulamentado em lei.

Mercadante (2002) relata que o INAMPS, no ano de 1989, passa a fazer parte do Ministério da Saúde, pois o mesmo, sempre foi ligado ao Ministério da Previdência e

Assistência Social, mas foi extinto com a Lei n.º 8. 689, de 27 de julho de 1993. Cita o Decreto n.º 100, de 16 de abril de 1991, criando a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). E na sequência, em 1990, através da Portaria do Ministério da Saúde de n.º 896, de 29 de junho, e Resolução n.º 227 de 27 de julho, foram implantados o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS), sendo que os sistemas de informações configuraram-se como ferramentas básicas nos processos de gestão, planejamento, avaliação e monitoramento das atividades de assistência desenvolvido no âmbito do SUS. Com a produção de dados e informações de interesse para a saúde, podemos destacar, também, o papel do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Neste mesmo ano foram editadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Segundo Roncalli (2003a), o SUS regulado pelas LOS possui princípios doutrinários que são: a universalidade; a equidade e a integralidade da atenção. Já os princípios organizativos seguem: a regionalização e a hierarquização; o controle social e a descentralização.

A Lei n.º 8.080 trata das condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo, da seguinte forma: O Ministério da Saúde prestaria serviços cooperação técnica, regulação do setor privado e de caráter supletivo, descentralizando as ações e serviços para os municípios; Os Estados, representados pelas Secretarias Estaduais da Saúde (SES), além da gestão e execução das ações e serviços públicos de saúde, também fica responsável pelos serviços: de alta complexidade, laboratórios de saúde pública e hemocentros. Os Municípios com protagonismo concedido pelo SUS ficam responsáveis pelo: planejamento, organização, controle e avaliação; e também de laboratórios públicos e hemocentros, podendo celebrar convênios com a iniciativa privada, mantendo o controle, avaliação e fiscalização destes (BRASIL, 1990a).

Já a Lei n.º 8.142 em seu texto refere-se a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta participação da sociedade foi definida como controle social, este representado pelos Conselhos e as Conferências, nas três esferas de governo, sendo que a participação dos usuários dos SUS corresponde a 50%, e a porcentagem restante preenchida pelos demais segmentos de constituição do SUS: governo, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços. É definida também, através desta lei, a

forma de transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1990 b).

Conforme Mercadante (2002) surgem normas e portarias com referencial de regulação e com o objetivo de definir e orientar as relações internas do SUS, editadas de 1991 a 1996, tais como: a Norma Operacional Básica 01/91(NOB/91); a Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993 que aprova a Norma Operacional Básica 01/93 (NOB/93), regulamentando o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS e a formação das comissões Bipartite: elemento fundamental nas articulações entre instâncias de governo estadual e municipal; e também destes com o governo federal, a comissão Tripartite. Instituiu-se, nesta época, o pagamento por produção de serviços para órgãos do governo e critérios de alocação de recursos mediante projetos apresentados.

A Resolução n.º 195, de 27 de agosto de 1996, aprova a Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 96), com o intuito de reorganizar o modelo assistencial; promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal; aumentar a participação da transferência regular e automática, fundo a fundo, e a criação do repasse do Piso Assistencial Básico (PAB) com modalidade de pagamento baseado na população de cada município. Contudo a média e alta complexidade continuou a ser remunerado por procedimentos e com maior rigor; a NOB/96 criava ainda, mecanismo descentralizador e participativo; fortalecer a gestão do SUS compartilhada entre os governos: municipal, estadual e federal; através das Comissões Intergestores: Tripartite e Bipartites, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores (SCOTTI, 1996; MERCADANTE, 2002; RONCALLI, 2003b).

Promulga-se a Lei de n.º 9 311, de 24 de outubro de 1996 que instituiu a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira - CPMF, cuja finalidade seria o custeio dos serviços de saúde. Contribuição provisória derrubada no ano de 2007 em votação no Senado Federal (Brasil, 2007). Em 1997, foi lançado o Projeto Reforço à Reorganização do SUS – REFORSUS (MS/BIB/Banco Mundial). Os objetivos desse projeto foram a recuperação física e tecnológica da rede de serviços e o desenvolvimento da capacidade de gestão nos diferentes níveis do SUS. Neste mesmo ano, com a Portaria n.º 1 886, de 18 de dezembro, foi aprovada as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Em seguida ocorreu uma profunda transformação no modelo de financiamento da atenção básica, com o Piso de Atenção Básica (PAB). Implantado, em 1998, com valor *per capita* foi considerado uma das principais medidas tomadas pelo Ministério da Saúde (2007) para viabilizar a organização da atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. O PAB se constitui num montante de recursos financeiros destinados exclusivamente para ações básicas de saúde, independentemente de sua natureza - de prevenção, promoção ou recuperação. Os recursos podem ser utilizados tanto para custeio de despesas correntes, como para aquisição de materiais permanentes ou para realização de obras de construção ou reforma de unidades. A transferência ocorre de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais.

Na seqüência como um avanço para efetivação do financiamento do SUS, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29 em 13 de setembro de 2000, alterando os artigos nº 34, 35, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentando artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Assegurando os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Neste mesmo ano, foi realizada a 11ª Conferência Nacional de Saúde, no período de 16 a 19 de dezembro, em Brasília, com o tema central: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. Em 2002, através da Portaria nº 373, de 27 de fevereiro, foi aprovado a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Recentemente no ano de 2003, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Humanização, conhecido como HumanizaSUS - uma nova proposta de relação entre usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2003). E em 2004, surgiu o "Brasil Sorridente", programa do governo federal na área de saúde bucal (BRASIL, 2004a); e em 13 de fevereiro, do mesmo ano, a portaria que instituiu Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Como marco atual de mudanças, na execução do SUS, foi instituído o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, publicado através da portaria GM nº 399, de fevereiro de 2006, contemplando o Pacto firmado entre gestores do SUS contemplando três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão (BRASIL, 2006, b).

Na seqüência foi aprovada através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, a revisão das diretrizes e normas para organização do Programa de Saúde da Família (PSF). Considerado pelo MS como estratégia consolidada passou a receber a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil. Esta portaria também englobou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006, c).

## CAPÍTULO 3 - A HUMANIZAÇÃO.

### 3.1 CONCEITOS

Dentre muitos conceitos definidos pelos autores na literatura científica destacam-se alguns e por apresentarem referencial teórico próximo aos conceitos de saúde do SUS, são considerados de maior relevância para o estudo:

- **Humanismo** – “Um sistema ético que enfatiza valores humanos e o preço pessoal de cada indivíduo, como também se preocupa com a dignidade e liberdade da humanidade” (DeCS/BVS, 2007b).
- **Humanidades** – “Ciências que se ocupam de aspectos do homem não estudados nas ciências naturais. Inclui disciplinas como filosofia, história, arte, literatura, etc”(DeCS/BVS, 2007b).
- **Humanização** – “[...]o ser humano como um ser de linguagem[...]” (DESLANDES, 2004, p.10). “Idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde” (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).“Compreende a atenção integral voltada para indivíduos e família, por meio de ações de equipes multidisciplinares desenvolvidas nos âmbitos da unidade de saúde, do domicílio e na própria comunidade” (PESSINI E BERTACHINI, 2006. p 3).
- **Humanização da Assistência** - “Parte do princípio de que para melhorar qualidade da assistência não basta apenas investir em equipamentos e tecnologia. O tratamento torna-se mais eficaz quando a pessoa é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde. Em contrapartida, também se faz necessária a humanização das condições de trabalho destes profissionais. Os funcionários que se sentem respeitados pela instituição prestam atendimento mais eficiente” (DeCS/BVS, 2007b).

### 3.2 A HUMANIZAÇÃO NO SETOR SAÚDE

Identificada como marco inicial, a Idade Média transformou a sociedade em direção a humanização (BUGLIONE, 2007). Ocorre o rompimento definitivo da relação escravocrata: “o sistema de suserania e vassalagem” (ABREU, 2007), sem ascensão social e baseada em ideários religiosos. Na seqüência deste processo de humanização das relações sociais surge a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), que no seu artigo primeiro diz: “[...] que os homens nascem e permanecem livres e iguais perante a lei [...]” sendo dotados “de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” para construir uma “[...] ética do cuidado que respeite a diferença e reconheça o valor do outro [...]”.

Em 1948, surgiu a Declaração dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU, 1948), que discute a igualdade, a liberdade e os direitos, e afirma que todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos.

E é a partir dos anos 90, que se concentram as discussões sobre proteção dos direitos dos pacientes e a humanização da atenção resultando na declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994).

Esta declaração propôs assegurar a proteção dos direitos humanos e promover a humanização da assistência a todos os pacientes. Nesta época a humanização foi conceituada como idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética da relação entre trabalhadores de saúde e pacientes (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

No Brasil, por sua vez, foi criado no final da década de 90, a Cartilha dos Direitos do Paciente do Estado de São Paulo (1999). A cartilha tratava dos direitos dos usuários dos serviços de saúde e serviu de base para a Lei Estadual n.º 10.241 de 1999, que assegurava os direitos de privacidade, informação e atendimento respeitoso por parte dos profissionais de saúde, contemplando a humanização.

De acordo com Vaitsman e Andrade (2005), foi por iniciativa dos movimentos sociais e associações de defesa de direitos dos pacientes de grupos vulneráveis que as discussões sobre os direitos dos pacientes e da humanização da atenção aumentaram. E a partir das lutas e ações de reivindicações buscavam assegurar os direitos adquiridos.

A globalização tornou o ‘ser humano’ um mero espectador e utilizador das novas tecnologias e informações tais como: aparelhos e software de diagnósticos distanciando-o das relações humanas (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p. 2). Muitas são as críticas sobre

o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde possui, bem como sobre a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, e a desapropriação do trabalhador quanto ao próprio processo de trabalho (BRASIL, 2004b). Desta forma, muitos foram os estudiosos que se ocuparam do tema da humanização da saúde, através dos anos.

Meurer (1998) descreveu relato de um grupo de trabalhadoras de enfermagem que assistiam o recém-nascido e sua família, no berçário de um hospital geral. Embasamento teórico fundamentado no pensamento de Paulo Freire e sua educação problematizadora. Discutindo as questões da prática diária das trabalhadoras, visando torná-la mais humanizada e humanizante possível ao recém-nascido, sua família e às próprias trabalhadoras. Concluiu que as trabalhadoras encontravam-se em “trânsito pelo nível de consciência” que Freire chama de "ingênua", porém mostraram indícios que apontavam para um caminhar rumo a consciência "crítica" em relação à assistência humanizada.

No mesmo ano, Paganini (1998), construiu um marco de referência de cuidado humano fundamentados em fatores: básico e humanístico, de Jean Watson, para a transformação da prática, a partir de um processo reflexivo vivenciado com um grupo de enfermeiras-chefes de unidades críticas de um hospital de ensino. Observou-se a necessidade de revisão dos padrões de atuação, pois existia a preocupação apenas ao cumprimento do ato mecânico da técnica. Destacou o oferecimento de alternativas para combater a desmotivação e o imobilismo dos profissionais. Concluiu existir a necessidade de reversão do quadro relacionado à prática de ensino onde a humanização da prática pelo cuidado humano surgiu como “uma necessidade que vinha de encontro aos anseios dos profissionais”.

Bruggemann dos Santos (1998), por sua vez, relatou a implementação e análise de um referencial teórico com abordagem humanística, para guiar o cuidado de Enfermagem à mulher e família durante o processo do nascimento. O referencial teórico foi construído com base na experiência profissional e nos fundamentos da Teoria Humanística de Paterson & Zderad influenciada pela filosofia do diálogo de Martin Buber, filósofo humanista. A Humanização aparece como um fenômeno situado no Ser Humano, que depende da forma como este se relaciona com o mundo de seres humanos e coisas. A humanização está condicionada à valorização da intersubjetividade, à presença genuína da enfermeira, ao "estar com" e "fazer com".

Silva (1999) identificou as expectativas, necessidades e valores do cliente oncológico como referência para a assistência humanizada. Um dos pontos refletidos

foram os aspectos da humanização, tendo como referência dessas questões o modelo conceitual da Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King onde, “A humanização da assistência passa pelos contatos interpessoais, quer entre pacientes ou outros profissionais”. Concluiu que o conhecimento dos valores do cliente, percepções, expectativas e a capacitação técnica-científica constituem-se em instrumentos para uma aproximação da “humanidade do ser humano”. Relatou que durante todo o processo assistencial o profissional deveria dar um sentido ético e humano à atenção.

Paini (2000) abordou o processo educativo de acadêmicos de Enfermagem de uma Universidade e de uma clínica médica. Observou que a presença, o encontro, o relacionamento, o chamado e a resposta estiveram sempre presentes, durante todo o desenvolvimento do trabalho sendo ferramentas essenciais para o diálogo vivido como cuidado humanizado, mediador de uma visão humanística dos fundamentos de enfermagem.

Kerber (2000) utilizou um referencial teórico baseado na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, programou o cuidado humanístico tecnológico num laboratório de hemodinâmica de um hospital. Observou que a demanda era cada vez mais expressiva com relação ao número de exames, a necessidade percebida pelos profissionais de enfermagem, da equipe de saúde e da administração do hospital, exigia a reestruturação do ambiente físico, técnico, estrutural, administrativo e assistencial. Com a implementação da reestruturação física e técnica, o número de atendimentos e a expressividade estadual da hemodinâmica, superaram as expectativas e os objetivos propostos. Em resumo, Kerber aliou a tecnologia de ponta a “um cuidado humanístico”, pois, segundo a autora, o modelo médico-assistencial não atendia as reais necessidades dos pacientes e nem da equipe.

Como resposta a este modelo de assistência hospitalar: tecnicista, sem acolhimento e com pouca ou nenhuma “humanidade” por parte de trabalhadores em saúde, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde cria no dia 24 de maio de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2000a).

A PNHAH (2000) tem como objetivo central a promoção de mudanças na cultura do atendimento na área hospitalar com o aprimoramento “das relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital e a comunidade a partir da sistematização de experiência com êxito em parcerias com movimentos e instituições”.

Na seqüência o MS lança o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (Brasil, 2000b), com objetivos específicos de: melhorar a cobertura, acesso,

qualidade e assistência ao parto e puerpério (PESSINI; BERTACHINI, 2006, p.2). Este programa surge embasado por discussões tais como a de Ehrenreich e English (Vaitsman e Andrade 2005), onde afirmam que o parto devia ser humanizado, sem a “medicalização”, pois acreditavam no nascimento não somente como “um evento médico”. Nos anos que se seguiram, muitos outros estudos foram realizados a fim de avaliar a humanização da atenção à saúde no Brasil.

May (2002) realizou uma pesquisa convergente assistencial. Analisou, à luz da Teoria Humanística proposta por Paterson e Zderad, o cuidado prestado pela equipe de enfermagem frente à dor dos internados e que vivenciaram a dor no período de pós-operatório, desnecessariamente. Propôs um trabalho educativo para mudar a realidade hospitalar. Concluiu que a humanização do cuidado estava vinculada “[...] à valorização da intersubjetividade, à presença genuína da enfermeira, ao estar - com, objetivando nutrir o estar-melhor e o vir-a-ser-mais”.

Costa (2002), por sua vez, realizou estudo analítico descritivo com o intuito de contribuir para a transformação de uma prática assistencial da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Na perspectiva de alcançar a humanização desta assistência prestada, propôs o referencial teórico metodológico da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire com uma abordagem sócio humanística, num processo educativo-reflexivo, onde explorou a condição de trabalho e a educação. Criando oficinas de reflexão e trocas de experiências entre os membros da equipe sobre as situações vividas no cotidiano. Os resultados evidenciaram o poder institucional, as crenças e valores coletivos e pessoais, o saber construído na prática e o saber científico, como fatores determinantes no processo de cuidado. Identificou a educação, amor e solidariedade, como pré-requisito fundamental do cuidado humanizado.

Marisco (2002) em um estudo qualitativo, com enfoque fenomenológico, sobre a Humanização na Assistência de Enfermagem quando do atendimento a portadores de Insuficiência Renal Crônica. Propondo uma terapêutica durante as sessões de Hemodiálise com o desenvolvimento de atividades lúdico-educativas, objetivando proporcionar, “[...] uma vida com qualidade na busca do mais-ser”, fundamentou o estudo na Teoria da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. Buscou a compreensão do ser humano, no seu cotidiano. Os usuários e equipe de enfermagem passaram a vislumbrar de uma forma mais descontraída, a vida e a doença. Concluiu que esta terapia possibilitou o retorno do entusiasmo dos clientes, com forma simples de perspectivas de vida, com alegria e encantamento, compartilhado pela equipe de enfermagem de forma humanizada.

Botazzo (2003) relatou uma preocupação político-pedagógica na formação dos Cirurgiões-Dentistas que ainda tem uma característica tipicamente tecnicista que o distancia da humanização. Coloca que entre os pares ainda existe divergências em relação a esta formação, “se para uns parecia necessário introduzir conteúdos ‘humanísticos’ [ ] a outros lhes pareceu que não se deveria obrigar o aluno ao estudo de disciplinas que nada teriam a ver com o exercício profissional”.

Moysés et al (2003), compartilham experiências onde o ensino-aprendizagem aproxima-se com a realidade social, as políticas públicas e o SUS. Destacam este tipo de abordagem como uma forma de humanizar à saúde, pois permite ao aluno e o professor problematizar a realidade da saúde no ambiente social ao qual eles estão inseridos. Segundo os autores, utilizando os diversos cenários sociais permite-se “[...] desenvolver habilidades de negociação para decisões coletivas[ ]”, a produção de conhecimento com “[...]prática educativa humanizada[...]” e a concretização de “[...]novas bases do ensino superior, cidadania e formação profissional”.

Finalmente, em 2003, surge a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2003), criada pelo Ministério da Saúde, que incorporando a humanização para além do âmbito hospitalar e abrange outras áreas da assistência. Destaca-se como a primeira iniciativa do Estado em criar uma Política Pública de Humanização e não um programa de governo com características marcadas pela gestão do momento.

Podemos citar, um entendimento resumido da humanização, através da afirmação de Deslandes (TEIXEIRA, R. 2006) que descreve o “conceito-chave de humanização” como sendo: o iniciar do respeito pelo “outro” como um ser singular e digno.

Benevides e Passos (2005), afirmam que as vezes a humanização era “identificada a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas”, sendo “menosprezada por grande parte dos gestores”, e até mesmo, “ridicularizada pelos trabalhadores e pretendida pelos usuários”. As autoras destacam, em suas experiências como integrante da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE) 2003/2004, que a humanização recebia dois tipos de direcionamentos: um por parte de membros da SE com a centralização total nos focos do tema e resultados; e por outro, o do sentido mais amplo, no plano da problematização das alterações dos modelos de atenção e gestão. Observaram duplo problema: banalização do tema ou tendência à fragmentação das práticas, por existirem vários programas, sendo necessárias reavaliações acerca dos conceitos e práticas denominadas de humanizadas.

Ainda, segundo as autoras Benevides e Passos (2005), a humanização resgata os movimentos de conquista e constituição do SUS colocando como “inseparáveis o processo

de produção de saúde e de subjetividades protagonistas e autônomas”. Também destacaram a “reprodução e/ou invenção de forma do cuidado” bem como de formas de gestão de processos de trabalho no campo da saúde. Ao estimular o protagonismo dos atores envolvidos no sistema de saúde, ocorreram mudanças na percepção do usuário proporcionando a valorização do trabalhador garantindo-lhe melhores condições de trabalho. A construção da PNH como política pública deveria contemplar [...]o modo coletivo e co-gestivo de produção de saúde e de sujeitos [...] criando espaços de construção e trocas de saberes, investindo nos modos de trabalho em equipe [...]”(BENEVIDES E PASSOS, 2005).

Dentre os problemas identificados estão a relação entre as políticas públicas e o Estado, problematizando que uma Política Nacional de Humanização (PNH) deveria contemplar propostas de desprecarização das condições de trabalho, melhorando pactuações das esferas do SUS e de cuidado e compromisso na assistência ao usuário dos serviços de saúde. Surgiu novamente, a difícil tarefa de “construir de modo eficaz um sistema público [...]” com universalidade, equidade e integralidade. Concluem que a “capilarização da PNH [...]” ocorrem através de “[...] Grupos de trabalho de humanização, oficinas e atividades de apoio institucional, resistindo as determinações verticais e normalizadoras do MS” (BENEVIDES E PASSOS 2005).

Casate e Corrêa (2005) realizaram revisão de literatura onde observaram relatos de ideias a cerca da humanização, sendo estas relacionadas aos serviços de saúde com situações “desumanizantes”, necessidade de inserção da humanização no contexto da civilização técnica. O perceber do paciente no contexto dos serviços de saúde, investir e proporcionar ao trabalhador condições de prestar um atendimento humanizado e finalmente, dificuldades ao abordar a “humanização na formação dos profissionais de saúde”, pois, como questão subjetiva nas relações interpessoais, existe a sensibilidade. Algumas abordagens possuíam perspectivas caritativas e outras valorizavam o trabalhador com sua dimensão subjetiva e a atenção à saúde como um direito do cidadão, concluíam que das trocas entre estes sujeitos sugeriam transformações políticas e administrativas.

A Fundação Osvaldo Cruz (2006) por sua vez, discute como a humanização tem sido associada a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção.

Para Pessini e Bertachini (2006), a humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade como um todo. Ações desenvolvidas nos âmbitos das unidades de saúde, do domicílio e na própria comunidade deveriam obedecer ao enfoque da atenção integral por meio de ações de equipes multidisciplinares voltadas para indivíduos e família sendo um retrato típico das ações do Programa de Saúde da Família (PSF).

Deslandes (2006) enfatiza também, o cuidado dos cuidadores, ou seja, cuidado das famílias e da saúde dos trabalhadores que assistem à saúde da criança e da mulher.

Scholze et al (2006), citam que o acolhimento é uma das “formas de humanizar e organizar o trabalho em saúde” indo ao encontro, também, das propostas do PSF. Sendo que, esta proposta de acolhimento procurou organizar a demanda de atendimentos a consultas médicas imediatas e evitar o risco da automedicação, ou seja, organizar toda assistência aos usuários. Os autores relatam que este acolhimento foi considerado, pelos trabalhadores em saúde, como parte integrante do próprio trabalho, pois possibilita a equidade e resolutividade das necessidades imediatas dos usuários.

Já Teixeira, M. (2006) realizou estudo qualitativo, através da observação participante, com registros diários de campo, entrevista e análise de prontuários sobre o processo de trabalho em saúde de uma equipe multiprofissional na perspectiva do cuidado e sua contribuição ao cotidiano do trabalho odontológico com estabelecimento de vínculos e responsabilização. A autora concluiu que o trabalho do Cirurgião-Dentista (CD) geralmente não está inserido nas práticas partilhadas com outros profissionais de outras áreas. O CD “estranha” o trabalho de equipe sendo que as próprias estruturas dos serviços de saúde reforçam esta prática, “[...]especialidades estanques que pouco interagem[...]”. Apesar desta realidade o CD deve buscar no modo de trabalho em equipe a possibilidade de troca e de um projeto em comum na reprodução da lógica do cuidado humanizado, com vínculo, escuta, acolhimento e responsabilização.

Por fim, Santos-Filho (2007), abre o debate a cerca das “perspectivas de avaliação no âmbito da PNH, aponta para metodologia de definição de indicadores de monitoramento das ações relacionadas à humanização” e na “[...]busca do impacto das ações” através da realização de pesquisas avaliativas. Preocupado com a institucionalização da avaliação, coloca a idéia de formar “rede de potenciais avaliadores”, lembrando sempre que “a informação produzida não deve ser utilizada como verdade absoluta, mas como ferramenta de negociação entre interesses múltiplos”. Explorar situações comuns e respeitar situações peculiares quando do estabelecimento de políticas

de avaliação. Buscando sempre através da PNH, com seus princípios diretivos, a consolidação do SUS.

## **CAPÍTULO 4 - A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)**

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2000a) junto com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000b) apresentavam os primeiros resultados positivos de humanização no setor saúde. Por outro lado, nos modelos de assistência à saúde em outras instituições não hospitalares tais como: postos e centros de saúde; policlínicas, laboratórios, centros de atendimentos a grupos específicos, entre outros, ainda existiam críticas com relação à “presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho”. Uma vez que, a promoção de mudanças na cultura do atendimento foi o objetivo central dos programas, isto deveria ocorrer também com as outras instituições e na mesma intensidade e interesse, ampliando a iniciativa de incorporar a humanização nas demais áreas que compreendiam o SUS (BRASIL, 2004b).

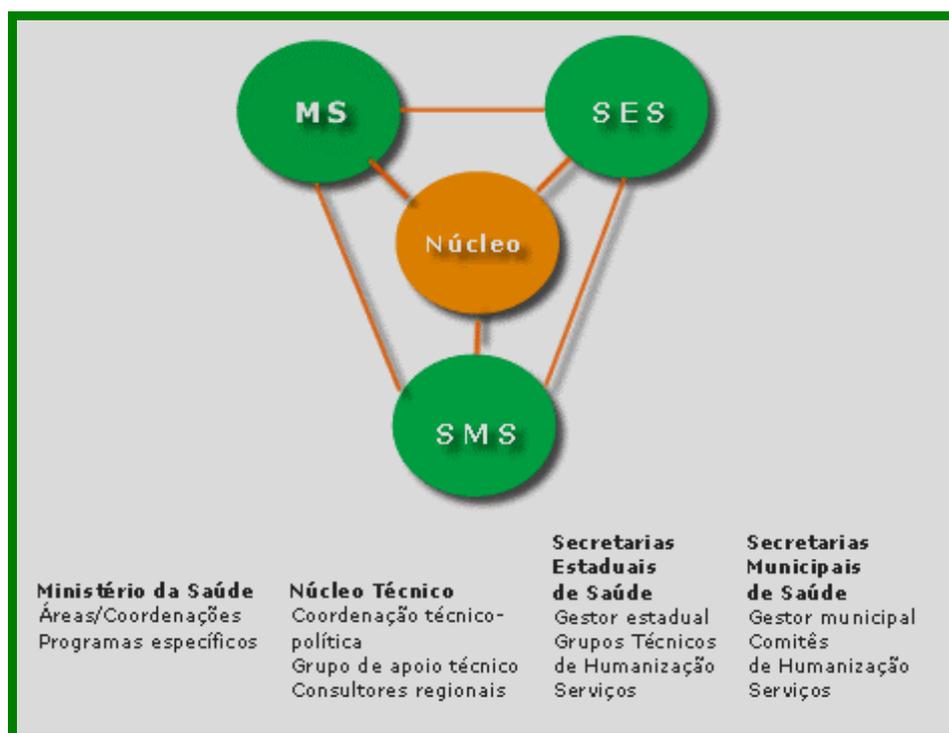
O desafio de mudança, na cultura do atendimento, passa pela melhoria do modelo de atenção e o modelo de gestão, que deve ser “humanizado”, englobando a todos os segmentos do SUS: gestores, trabalhadores e usuários. Todas as suas instâncias: federal, estadual e municipal. E nos diversos programas e projetos, sempre comprometidos com a humanização. A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo desenvolvido nas ações e serviços de saúde. Implicam na responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir junto com os usuários uma resposta possível de suas: dores, angústias, problemas e aflições. “Não apenas produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário” (BRASIL, 2004b).

Sendo assim, em 2003, o Ministério da Saúde inicia a extensão da humanização para além da PNHAH e PHPN, contemplando de forma abrangente, todas as demais áreas da assistência, através de uma política específica na área da saúde denominada de Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH é orientada por valores norteadores que são: “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão”. (BRASIL, 2004b).

Considerada uma das sete áreas prioritárias de atuação do Ministério da Saúde, a PNH foi concebida com o “objetivo de traduzir os princípios do SUS” de maneira a operar no dia-a-dia “as práticas de atenção e gestão, através da construção de trocas solidárias:

entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários; comprometidas com a produção de saúde e a produção de sujeitos” (BRASIL, 2003).

A Gestão da Política Nacional de Humanização é desenvolvida pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde através da Diretoria de Programas, operando a interface entre outras áreas do Ministério e governos, tais como as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. Sendo que, a coordenação ocorre através de um núcleo técnico específico de humanização com funções definidas, tais como: garantir estrategicamente, a especificidade da política de humanização e, neste sentido, fazer ofertas de conteúdos e de metodologias a serem trabalhados sobre indicadores ou marcas considerados essenciais para cada área da atenção. Estabelecer linhas de implantação, integração, pactuação e difusão da PNH, seguindo sempre o modelo transversal demonstrado esquematicamente conforme figura 1 apresentada no sítio do HumanizaSUS (BRASIL, 2006d).



**Figura 01** - Modelo transversal demonstrando todas as instâncias do SUS envolvidas no processo de humanização com o Núcleo Técnico de Coordenação da PNH (BRASIL, 2006d).

O Ministério da Saúde, através de seu sítio oficial (Brasil, 2006f), realizou questionamentos importantes que se remete a atual conjuntura do SUS no que se refere a Humanização da Assistência e a Atenção em Saúde, aonde apesar dos avanços acumulados, no que se refere aos seus princípios norteadores: universalidade da atenção,

equidade e integralidade da atenção; à descentralização da atenção (regionalização) e da gestão, o SUS, ainda hoje, enfrenta desafios. Dentre eles podemos citar: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais. A fragmentação da rede assistencial dificulta a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; a precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; sistema público de saúde burocratizado e verticalizado; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; desrespeito aos direitos dos usuários; formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde; controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS e o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta (BRASIL, 2006d).

Para um maior entendimento, a PNH deve ser vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. São necessárias várias iniciativas por parte do governo, tais como: traduzir os princípios do SUS em 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 de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente e também contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2006d).

As orientações gerais de uma determinada política são denominadas diretrizes (BRASIL, 2006e) sendo a PNH inicialmente baseada em três: a da inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde em ações interdependentes e complementares; da transversalidade com concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias aumentando a abertura da comunicação entre grupos (intra e inter) refletindo na mudança das práticas de saúde e por último, a autonomia e protagonismo dos sujeitos, com participação coletiva no processo de gestão, vínculos solidários e co-responsabilidades nos segmentos do SUS (BRASIL, 2006d).

A humanização, do ponto de vista da PNH, entende-se por várias atitudes, empenhos e iniciativas de todos os atores que participam e constroem o SUS, ou seja, pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Isto através do fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; determinando-se um aumento do grau de co-responsabilidade na produção de

saúde e de sujeitos; o estabelecimento de novos vínculos solidários e da participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde, respeitando a cultura de cada local; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a ambiência, e por fim, melhoria das condições de trabalho e de atendimento: tanto prestado pelo profissional, como recebido pelo usuário do SUS (BRASIL, 2006d).

A operacionalização desta política ocorre durante as trocas e a construções de saberes no decorrer do dia-a-dia dos sujeitos que compreendem o SUS, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, identificando as necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde. Prossegue entre as instâncias da atenção e da gestão de diferentes níveis, tornando o SUS mais fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva, possibilitando a efetivação das políticas públicas de saúde. Realiza o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, consolidando-o como “de todos e para todos, humanizado!” (BRASIL, 2003).

Como forma de apoio à divulgação da PNH, o Ministério da Saúde desenvolveu estratégias de comunicação e de informação, sendo que as de comunicação iniciaram através da construção de uma identidade visual, conforme figura 2 e a publicação das cartilhas impressas e publicações no sítio oficial (BRASIL, 2006f) dos anos de 2004, 2006 e 2007, assim como apresentações de slides e logomarcas do HumanizaSUS. Através deste mesmo sítio e entre outras como a criação de eventos com a utilização de metodologias participativas, tais como: oficinas, seminários e encontros.



**Figura 02** – Representações visuais da Política Nacional de Humanização.

Já as estratégias de informação estão a cargo da elaboração de textos bases que sofrem constantes revisões e atualizações, tais como: Documento Base para Gestores e

Trabalhadores do SUS. Estes textos presentes nas cartilhas de 2004, 2006 e 2007, publicadas e disponíveis no sítio (BRASIL, 2006f), estão direcionados com temas específicos como a Clínica Ampliada; a Co-Gestão; a Valorização do Trabalho; o Acolhimento; a Saúde do Trabalhador; a Defesa dos Direitos do Usuário; os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) (BRASIL, 2006g), entre outros. Estes temas foram ideias e avanços gerados pela PNH, desenvolvidos e estudados pelos diversos setores da saúde, e em especial no SUS, ou seja, com a implantação da PNH, surgiram experiências que lograram êxitos na humanização da assistência e com a sensibilização das equipes e das instituições de saúde.

O conceito de Clínica Ampliada apresenta “uma forma de trabalhar com enfoque no equilíbrio entre o combate à doença e a produção de vida”. Propondo que o profissional de saúde desenvolva “a capacidade de ajudar as pessoas, não só no combate as doenças, de forma que, mesmo sendo um limite, esta não o impeça de viver outras coisa da sua vida” (PISTELLI; SILVA; VIEIRA, 2005).

Considerado “uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores” (BRASIL, 2004c), a co-gestão deve-se compor de pensar e fazer coletivo, não só eficaz através da organização dos saberes exclusivo dos profissionais, mas sim eficiente quando da abrangência: dos objetivos comuns, solidários na assistência, com tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Na co-gestão podem-se observar todas as formas de controle social.

O trabalho “ocupa um lugar privilegiado” na vida das pessoas. Não é considerado neutro, pois pode ser produtivo ou destrutivo, pode levar a satisfação ou ao sofrimento e desgaste. A valorização da saúde dos trabalhadores quando este despende esforço “no cotidiano profissional, para [...] dar conta dos acordos e pactos realizados com o gestor e com os companheiros de trabalho, em função das necessidades dos usuários” (BRASIL, 2006d) deve ser o objetivo da gestão, sendo que a gestão coletiva é a que melhor produz efeitos positivos, ou seja, promove saúde através da capacidade do trabalhador de intervir no processo de tomada de decisões dentro das organizações de saúde.

Já o acolhimento caracteriza-se como uma forma de atender a todos que procuram os serviços de saúde, através do processo de trabalho: recebendo, escutando e pactuando a forma mais adequada de atendimento. Onde a responsabilização e resolutividade, devem permear o procedimento do profissional de saúde e se necessário estabelecer ligações com outras unidades ou esferas da saúde do SUS nos casos de impossibilidade de resolução local (BRASIL, 2006h).

Os descritores em Saúde (2007b) conceituam o acolhimento como uma estratégia fundamental, que consiste na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade. Tem como eixo estimular e promover reflexões e ações de Humanização dos Serviços de Saúde, fundamentadas na ética e na cidadania.

As equipes de referência e apoio matricial devem apresentar características de transversalidade e surgem como alternativa aos modelos tradicionais de atenção a saúde. Geralmente um pequeno grupo com cargos mais altos na hierarquia dos serviços são organizados em volta do poder das corporações profissionais destes, gerando uma falta de compromisso e interesse de participação dos demais trabalhadores. Os novos padrões de relacionamento entre profissionais e os usuários devem passar por novos rearranjos: nos processos de trabalhos, tornando-os menos burocratizados e de envolvimento mais fortes; na estrutura gerencial e assistencial, tornando-as otimizadas nas formas de organização com capacidade de realizar novas culturas e de lidar com a singularidade dos sujeitos (BRASIL, 2004d).

Os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) como dispositivo da PNH com o objetivo “de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde” para os usuários. Devem realizar um “processo de reflexão coletiva” não só da assistência à Saúde, mas também da gestão do SUS, em todas as suas instâncias (BRASIL, 2006g).

Estes novos arranjos devem favorecer a troca de informações e a ampliação dos compromissos dos profissionais quando da produção de saúde. A equipe de referência “contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculos terapêuticos e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo tratamento digno, respeitoso com qualidade, acolhimento e vínculo”. Já o apoio matricial é “uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência” (BRASIL, 2004d). Superando a velha forma de encaminhamento de referência e contra-referência, cria-se um conjunto de atividades que possibilitem seminários em comum e a introdução dos projetos terapêuticos com a anuência de ambas as equipes para resolutividade de casos mais simples através da incorporação de conhecimentos.

A defesa dos direitos dos usuários traduz-se durante a visita aberta e com direito ao acompanhante, principalmente naquele internado, pois contribui para minimizar o efeito

de isolamento causado pelo ambiente hospitalar, dando continuidade ao contexto familiar e da comunidade (BRASIL, 2004d).

Em resumo, com a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS incentiva-se a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, consolida-se o fortalecimento do compromisso com os direitos dos cidadãos, respeitando questões de: gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). Motiva-se o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; gerando apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; co-responsabilizar os sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2006f).

## CAPÍTULO 5 - ESTUDOS EMPÍRICOS

### 5.1 O município estudado

O município de São José fica localizado na grande Florianópolis, sendo o quarto mais antigo de Santa Catarina. Foi colonizado por 182 casais açorianos, em 26 de outubro de 1750, recebendo o primeiro núcleo de colonização alemã em 1829. Em 1856 foi denominada cidade (PMSJ, 2007).

São José liga-se a Florianópolis através da via expressa, denominação genérica, de uma parte da BR-282. Os demais municípios fronteiriços (Figura 3) são: Antônio Carlos, Biguaçu, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz e São Pedro de Alcântara (IBGE, 2007).



**Figura 03** – Localização do município de São José e seus limites com municípios vizinhos na Grande Florianópolis (adaptado IBGE, 2007).

Compreendido em uma área de 113,171Km<sup>2</sup> e cuja base de sustentação da economia está fundamentada no comércio, indústria, atividade de prestação de serviços, pesca artesanal, maricultura e produção de cerâmica utilitária. A maior parte de seu parque industrial fica situada às margens da BR-101, possuindo mais de 1.200 indústrias, cerca de

6.300 estabelecimentos comerciais, 4.800 empresas prestadoras de serviços e 5.300 autônomos (PMSJ, 2007).

O município apresenta ainda um enorme potencial turístico, histórico, cultural e arquitetônico, reunindo casarios de origem luso-açoriano em construções dos séculos: XVIII, XIX e XX. Sendo destaque o Centro Histórico, que inclui o Teatro Adolpho Mello, Biblioteca Municipal, Museu Histórico, Casa da Cultura, Largo da Carioca e Igreja Matriz (PMSJ, 2007) no centro da cidade. As datas festivas municipais são: a Festa do Divino Espírito Santo e o aniversário da cidade, no mês de março (CIASC, 2007b).

De clima subtropical atlântico (PMSJ, 2007), mesotérmico úmido; com verão quente e temperatura média de 20,8° C (CIASC, 2007b) apresenta como principais rios são: Maruim, Forquilhas, Três Henriques, Carolina, Bücheler e Araújo. A vegetação varia de árvores a gramíneas. Com um relevo de planície o município fica ao nível do mar, sendo banhados pelas baías norte e sul do Oceano Atlântico Sul (PMSJ, 2007).

Composto por uma população estimada em de 201.103 habitantes (IBGE/2006) e com Densidade demográfica de 1.733,16 hab./Km<sup>2</sup> (PMSJ, 2008). Possui um total de 129.549 eleitores (TRE, 2007), o que destaca como o quarto colégio eleitoral do Estado. Os principais indicadores demonstram: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,849 (PNUD, 2000); Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 2.920.831.581,00 (IBGE/2006) e PIB *per capita* de R\$ 14.524,06 (IBGE/2006).

## **5.2 A instituição e sua estrutura.**

A Prefeitura Municipal de São José é composta de 14 Secretarias de Administração direta e 7 de Administração indireta. Dentre as secretarias municipais, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), possui a responsabilidade pela prestação da assistência, fiscalização e regulação da saúde. Tendo como objetivo: “Promover a política de saúde preventiva e corretiva em benefício de toda a população, a prevenção e combate de epidemias, com especial atenção às comunidades mais carentes do Município”. As atribuições são de cumprir as normas de saúde pública, planejando, organizando e executando a assistência à saúde com: assistência médica, odontológica, farmacêutica e ações de vigilância. E mais, outra responsabilidade importante da SMS é a de administrar o Fundo Municipal da Saúde (PMSJ, 2007).

Inicialmente, em 11 de fevereiro, a SMS através da portaria NOB/SUS/96 de 1998 e em seguida na data de 30 de maio, pela portaria nº 660 NOAS/SUS/ 01/02 de 2003, o município de São José foi habilitado para trabalhar sob o modelo de atenção à saúde do tipo: Gestão Plena da Atenção Básica - Ampliada (GPAB-A) (SES/SC, 2006). Desta forma, a responsabilidade com gerências das unidades hospitalares que estão localizadas dentro do município ficaram a cargo da Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC).

A rede pública municipal de assistência à saúde é estruturalmente composta de: 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Unidade de Saúde da Família e uma Policlínica Municipal de Referência, sendo esta última de característica mista onde além das atividades de média complexidade, realiza a atenção básica dos bairros Campinas e Kobrasol.

Para um melhor entendimento a denominação de Unidades Locais de Saúde (ULS) será utilizada para representar toda a rede de assistência a saúde que preste a atenção básica, perfazendo 19 ULS (Quadro 1).

**Quadro 1** – Relação das Unidades Locais de Saúde (ULS). S.M.S. - S.J./SC, 2007.

Centros de Saúde	
1	Areias
2	Barreiros
3	Bela Vista
4	Colônia Santana
5	Fazenda
6	Forquilhas
7	Forquilhinha
8	Ipiranga
9	Luar
10	Morar Bem
11	Picadas Do Sul
12	Procasa
13	Roçado
14	Sede
15	Serraria
16	Sertão
17	Zanellato
18	Policlínica Municipal de Campinas
19	Unidade Saúde da Família Santo Saraiva

De acordo com a Estratégia da Saúde da Família o município possui 40 equipes de PSF, sendo que as equipes de saúde bucal, já pactuadas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), estão em fase de implantação (PMSJ, 2008).

A SMS desenvolve ações e atividades através de diretorias que são: Geral; de Controle e Avaliação de Exames; Planejamento; Geral de Vigilância; Saúde do Trabalhador; Geral de Saúde; Saúde da Família, da Criança, do Adulto, do Idoso, Mental e da Mulher; Policlínica de Campinas e de Postos de Saúde. Desta forma, a política municipal de saúde é desenvolvida, pela análise dos dados, que propiciam o planejamento, o acompanhamento e a avaliação permanente dos serviços, programas e projetos, bem como a tomada de decisões, de forma integrada aos demais departamentos e setores. E mais, tem como atribuição, também, articular-se e interagir com todos os órgãos da administração direta e indireta, de forma a contribuir na elaboração de programas, projetos e ações para o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços públicos prestados aos municípios (PMSJ, 2007).

A SMS celebra convênios, acordos ou contratos com entidades públicas ou particulares, nacionais ou estrangeiras, procurando propiciar a formação, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal técnico e auxiliar, tendo por finalidade a melhoria da saúde pública. Colabora com programas de desenvolvimento da comunidade, que objetivem principalmente a intensificação de esforços de natureza preventiva à saúde (PMSJ, 2007), sempre com o Controle Social, assegurado: pela Constituição Federal (BRASIL, 1988d) em seu artigo 198 e pela Lei nº 8142 (BRASIL, 1990b), sendo realizado através do Conselho Municipal de Saúde (CMS) que foi regulamentado em 20 de maio por meio da Lei nº 2373 de 1992 e pela realização das conferências municipais de saúde, bianuais (SES/SC, 2006).

### **5.3 Metodologia para levantamento de dados**

O estudo caracterizou-se por uma pesquisa observacional, analítico, transversal, cuja amostra foi composta por coordenadores das Unidades Locais de Saúde (ULS) da rede municipal em São José. A coleta de dados foi obtida através de entrevistas, com o intuito de se obter os dados de identificação sócio-econômica-social e de humanização (APÊNDICE A). As questões de humanização foram adaptadas do Manual com Eixos

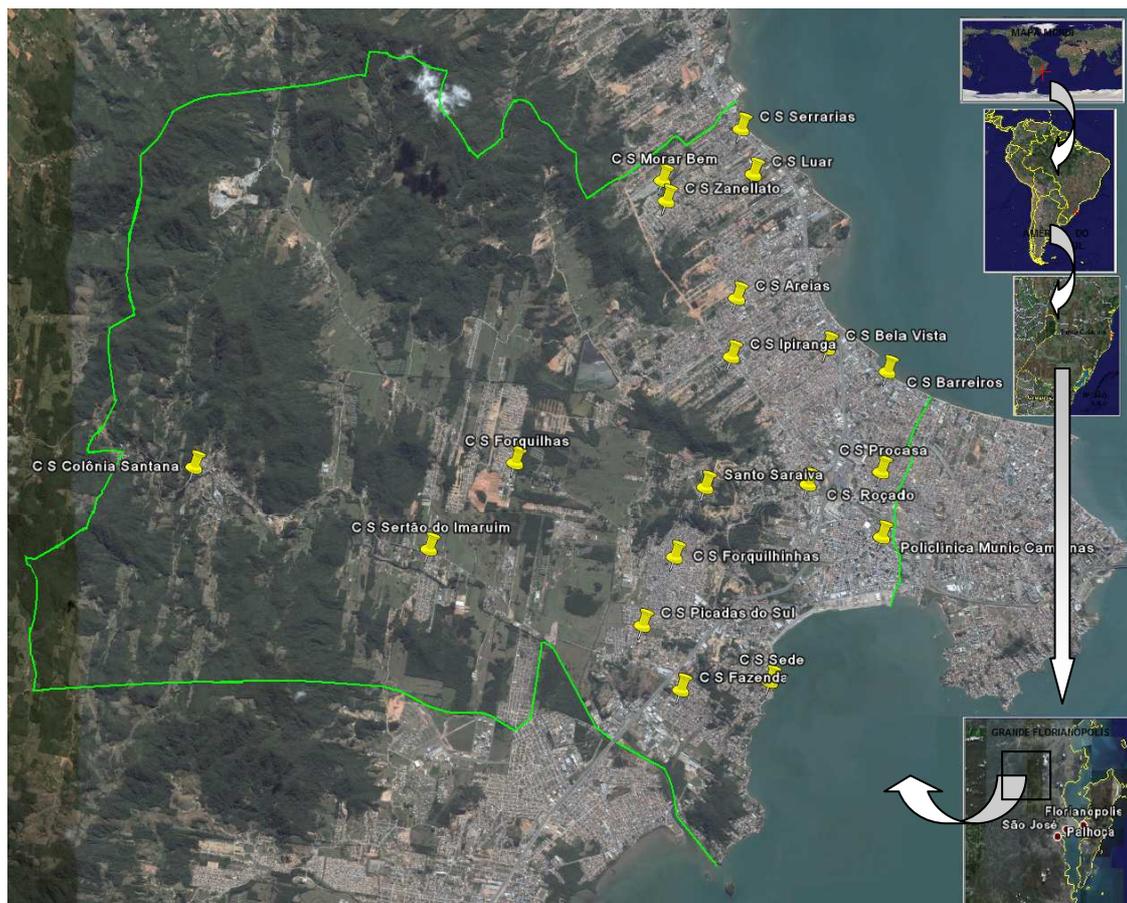
Avaliativos e Indicadores de Referência do Ministério da Saúde/PNH (SANTOS-FILHO, 2006).

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), recebendo parecer consubstanciado de número 090/2007, sendo aprovado na reunião de 07 de maio de 2007 (APÊNDICE B).

De acordo com o objetivo do estudo do ponto de vista da humanização, foram colhidas informações das gerências para identificação dos processos de humanização nos serviços e sobre os profissionais do município. Assim, por opção metodológica esse estudo contemplou apenas perguntas específicas que abordavam indicadores de serviços tais como: ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo; direito dos usuários, controle social e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde; conceito de ambiência, provisão de recursos materiais e insumos.

O estudo do caso foi realizado com os Coordenadores das ULS da rede pública após o mesmo concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Para o planejamento das rotas de acesso e o entendimento da localização e distribuição geográfica da rede municipal de atenção e assistência à saúde, utilizou-se um software com o mapa via satélite do município de São José, descrito em desenho plano (Figura 4).



**Figura 04** – Localização geográfica das Unidades Locais de Saúde (ULS) do Município de São José. No mapa via satélite, as ULS com marcador amarelo e limites territoriais com a linha verde (Adaptado GOOGLE, 2007).

#### 5.4 Metodologia para tratamento de dados

O presente trabalho trata de um estudo descritivo de exploração dos dados, com análise de frequência das respostas e da correlação entre as variáveis.

No município estudado não existe divisão das ULS em Distritos Sanitários. Desta forma, a população dos bairros que compreendem cada ULS foi categorizada segundo o IBGE (2007b): *código de situação do setor* (APÊNDICE C). Assim, para uma melhor compreensão as categorias foram renomeadas conforme quadro 2.

**Quadro 2** – Equivalência entre a denominação do *Código de situação do setor* do IBGE (2007b) e a nova denominação desta pesquisa.

Código de situação do setor do IBGE	Nº critério estabelecido pelo IBGE (2007b)	Nova denominação
Área urbanizada de cidade ou vila	1	Urbanizada
Área urbana isolada	3	Urbana isolada
Aglomerado rural de extensão urbana	4	Mista

Com a distribuição de cada ULS na sua respectiva categoria: urbanizada, urbana isolada e mista (Quadro 3); foi realizado o somatório dos dados das ULS dentro de cada categoria, gerando um total respectivo.

**Quadro 3** – Distribuição das ULS de acordo com sua categoria, especificada no quadro 02.

Unidades Locais de Saúde de São José		CATEGORIA
1	AREIAS	URBANIZADA
2	BARREIROS	URBANIZADA
3	BELA VISTA	URBANIZADA
4	FORQUILHINHA	URBANIZADA
5	PROCASA	URBANIZADA
6	ROÇADO	URBANIZADA
7	SEDE	URBANIZADA
8	POLICLÍNICA MUNICIPAL DE CAMPINAS	URBANIZADA
9	IPIRANGA	URBANA ISOLADA
10	LUAR	URBANA ISOLADA
11	MORAR BEM	URBANA ISOLADA
12	SERRARIA	URBANA ISOLADA
13	ZANELATO	URBANA ISOLADA
14	COLONIA SANTANA	MISTA
15	FAZENDA	MISTA
16	FORQUILHAS	MISTA
17	PICADAS DO SUL	MISTA
18	SERTÃO	MISTA
19	UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTO SARAIVA	MISTA

## 5.5 - Resultados e discussão

### 5.5.1 – Caracterização da população de pesquisa

- Coordenadores de ULS

A caracterização dos Coordenadores de Unidades Locais de Saúde (ULS) foi realizada através da descrição de variáveis como: sexo, idade, escolaridade, regime de trabalho, carga horária de trabalho diário, tempo de serviço na instituição, tempo na função de coordenador (Tabela 01).

**Tabela 01** – Perfil dos Coordenadores de Unidades Locais de Saúde. S.M.S.- S.J./SC, 2007.

Característica	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	18	94,7
Masculino	1	5,3
<b>Idade</b>		
24 a 29	5	26,3
30 a 35	10	52,6
36 a 52	4	21,1
<b>Escolaridade</b>		
Nível Médio	1	5,3
Superior	18	94,7
<b>Regime de Trabalho</b>		
ACT	3	15,8
CLT	4	21,1
Efetivo	12	63,1
<b>Carga horária em horas</b>		
6 h	5	26,3
8 h	14	73,7
<b>Tempo de serviço na instituição</b>		
6 a 24 meses	5	26,3
25 a 73 meses	5	26,3
85 a 108 meses	4	21,1
111 a 240 meses	5	26,3
<b>Tempo como coordenador</b>		
0 a 6 meses	7	36,8
7 a 12 meses	7	36,8
13 a 24 meses	2	10,6
25 meses ou mais	3	15,8

Baseando-se na Tabela 1, constatou-se que o coordenador de ULS, apresentou um perfil de 94,7%, composto de profissionais, com a formação no nível superior em Enfermagem. Podendo ser justificado pela existência de uma estrutura curricular de graduação mais detalhada, no que se refere ao “estudo do SUS”, bem como por possuir “conteúdos de administração de serviços de saúde” (RIBEIRO, 2006). Observou-se que 94,7% eram do sexo feminino, com idade média de 33,5 anos. Com relação ao tempo de serviço do coordenador a média registrou o valor de 6,5 anos e carga horária diária em 8 horas.

As demais variáveis como: estado civil, residência, renda individual e tipo de moradia; observou-se que a maioria 63,2% declarou-se casado ou em união estável, sendo que 26,3% são solteiros e 10,5% divorciados. A renda média foi de 4 a 6 salários mínimos e 89,5% declararam possuir residência própria. A maioria dos coordenadores 68,5% reportou morar no próprio município, o restante em Biguaçu (21%), Florianópolis e Palhoça 10,5%. Variáveis com relevância não destacada.

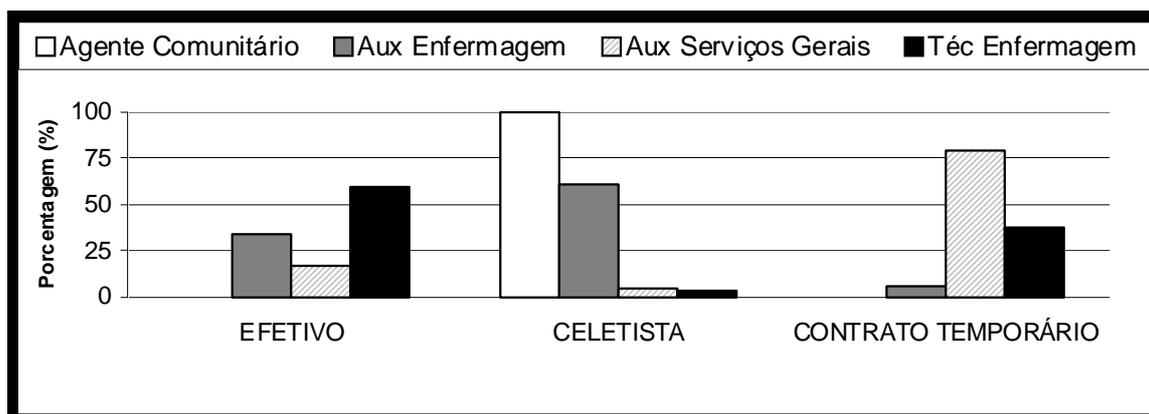
Com relação ao vínculo empregatício 63,2% eram efetivos (estatutários), 21% regidos pelas Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT) e 15,8% Admitidos em Caráter Temporários (ACT).

### **5.5.2 – Descrição das equipes de profissionais na rede municipal de saúde**

As equipes de profissionais de saúde lotados nas ULS estão dispostas por grupos divididos em duas categorias, sendo a primeira categoria denominada de nível médio inclui: agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, auxiliares de serviços gerais e técnicos de enfermagem (Figura 05), não existindo os cargos de Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD). Realidade constatada por Henriques et al (2008) onde destacaram a inexistência dos cargos de ACD e THD no município de São José através do Planejamento Estratégico que sugeria a criação dos mesmos para compor as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e conseqüente incorporação na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Carvalho et al. (2004) consideraram de suma importância a ESB “como estratégia eficaz para reorganização da atenção básica no nível municipal” principalmente através do acolhimento, “estratégia fundamental de humanização” (DeCS/BVS, 2007b). Convém destacar que as profissões de THD e ACD foram regulamentadas através da lei 11.889, de 24 de dezembro de 2008, passando a serem

designados respectivamente de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar em Saúde Bucal (ASB).

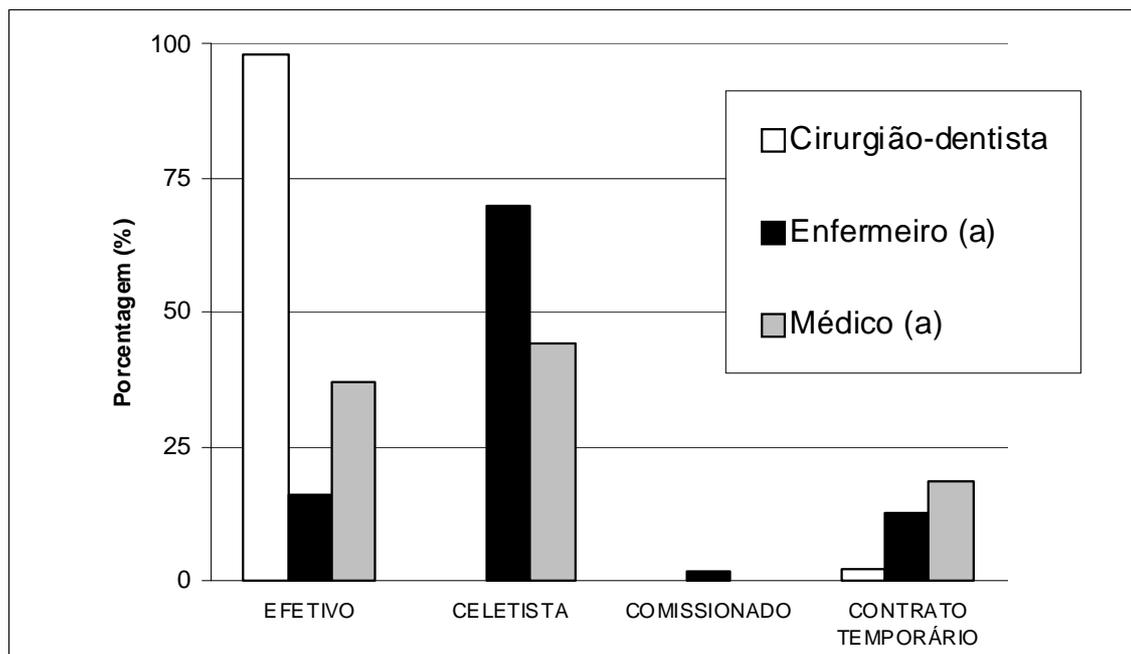
A segunda categoria é denominada de nível superior, composta pelos profissionais que durante a Assistência a Saúde produzem as consultas de atendimento, são eles: os Cirurgiões-dentistas, os Enfermeiros e os Médicos (Figura 06).



**Figura 05** - Distribuição percentual dos profissionais de nível médio, quanto ao tipo de vínculo. SMS/SC/ 2007.

Observou-se que os técnicos de enfermagem são efetivos em 59,65%, sendo todos os agentes comunitários de saúde contratados pelo regime da CLT, bem como 60,47% dos auxiliares de enfermagem. Desta forma, os resultados foram semelhantes aos encontrados por Castro (2006), onde os profissionais de enfermagem foram considerados os de menor número de contratos precários, por possuírem 65,27% admitidos como efetivos através do Regime Jurídico Único (RJU). Este tipo de vínculo, no caso efetivo, caracteriza-se principalmente por apresentar estabilidade no emprego. Desta forma, considerada o mais seguro quanto a possibilidade de demissão e conseqüente desemprego.

Já os auxiliares de serviços gerais são em sua grande maioria contratados por admissão em caráter temporário, denominados ACT. Assim, caracterizam-se por possuir vínculo sem estabilidade no emprego, podendo ser dispensados a qualquer momento, ou seja, contratações de acordo com a “conveniência e conjuntura local” (MINAYO GÓMEZ E COSTA, 1999). Segundo Cherchglia (2008), a justificativa deste tipo de contratação temporária, baseia-se por ser uma atividade material e não ligada à gestão do serviço público, utilizando-se legislações a Lei nº 8.666 para “disponibilizar” profissional desta natureza.



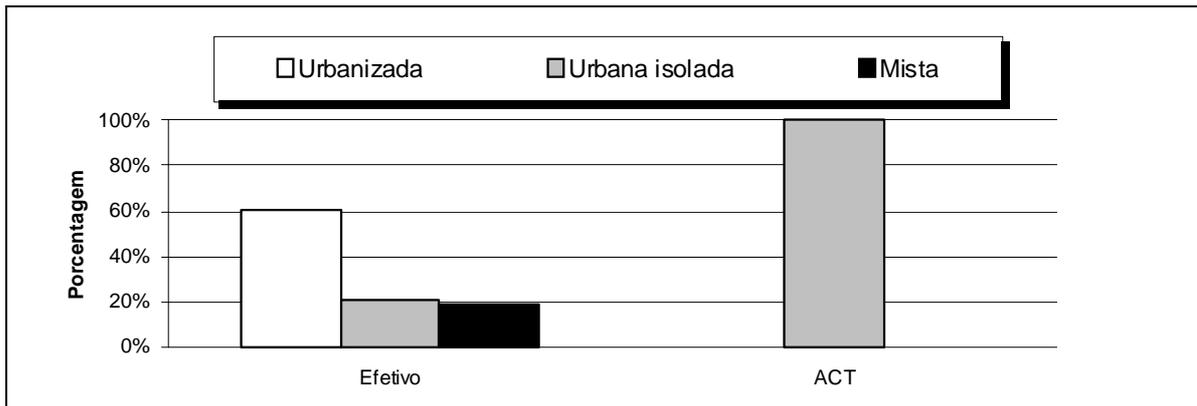
**Figura 06** - Distribuição percentual dos profissionais de nível superior, quanto ao tipo de vínculo. SMS/SC/ 2007.

A categoria com o maior número de trabalhadores efetivos no quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de São José foi a de Cirurgião-dentista com (97,96%), seguida por Enfermeiros (69,64%) e Médicos (44,19%) sendo contratados através da CLT e lotados na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, observou-se que a categoria de nível superior, possuiu uma condição de vínculo semelhante quando comparado com a de nível médio excluindo-se os auxiliares de serviços gerais.

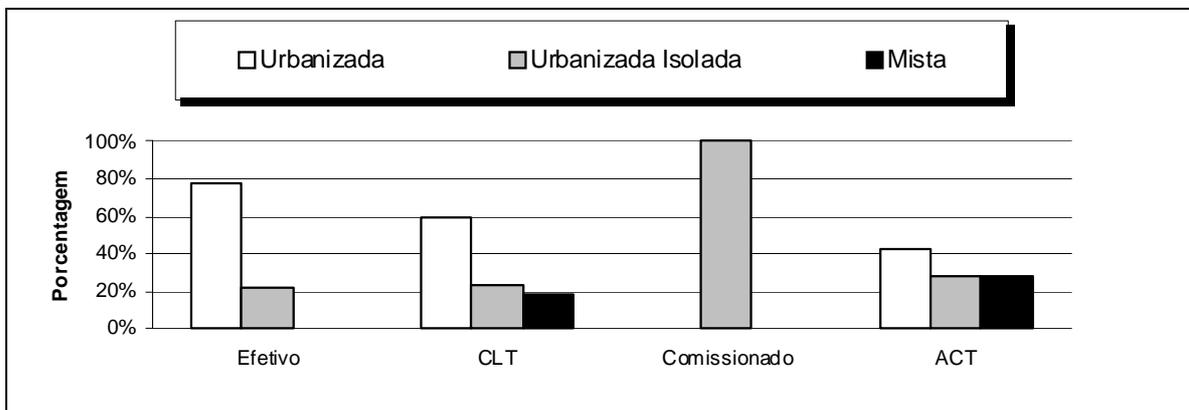
### 5.5.3 Profissionais de nível superior e sua localização nas categorias de ULS

Os profissionais de nível superior foram distribuídos por categorias de ULS, com seus respectivos vínculos (Figura 07), podendo ser observado que 59,18% dos Cirurgiões-dentistas efetivos estão lotados na região da categoria urbanizada.

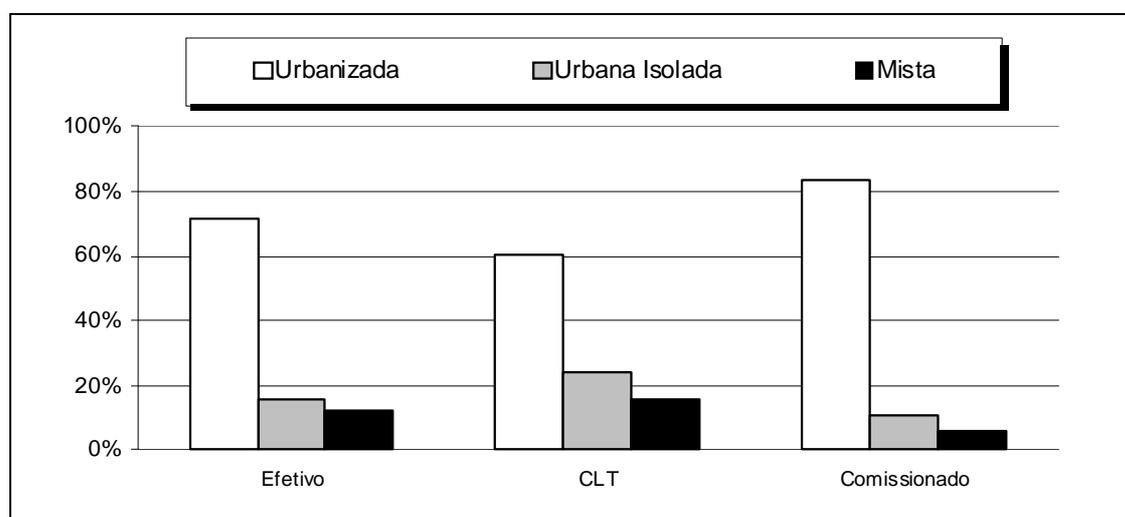
Nas Figuras 08 e 09 pode-se observar a distribuição dos Enfermeiros e Médicos, em sua maioria, na categoria urbanizada de ULS, com 71,88% efetivos, 60,53 nos CLT e 83,33% entre os contratados (Figura 08).



**Figura 07** - Distribuição quantitativa dos profissionais cirurgiões-dentistas, quanto ao tipo de vínculo, por categoria de ULS. SMS/SC/ 2007.



**Figura 08** - Distribuição quantitativa dos profissionais enfermeiros, quanto ao tipo de vínculo, por categoria de ULS. SMS/SC/ 2007.



**Figura 09** - Distribuição quantitativa dos profissionais médicos, quanto ao tipo de vínculo, por categoria de ULS. SMS/SC/ 2007.

Os dados mais recentes do IBGE que contemplam as divisões por bairros, possibilitando as categorizações, são de 2000. Unindo estes dados, com as demais fontes de dados obtidos sobre a população de São José, organizou-se uma tabela comparativa, com: os dados do IBGE, do cadastro populacional de equipes da ESF, em 2007 e os utilizados pelos coordenadores das ULS para o planejamento (Tabela 02).

Mediante a análise dos dados da Tabela 2, observou-se uma forte discrepância de informações, daqueles referidos pelos coordenadores de ULS, uma vez que divergem dos dados oficiais do IBGE e ESF. Esse achado demonstra uma forte estimativa populacional, revelando que não são, ou são pouco utilizados, os mecanismos de informação. Acredita-se, portanto, que o Sistema de Informação disponibilizado pelo SUS, para um melhor planejamento, nas ações das gerências de unidades de saúde é ignorado ou desconhecido. Diante destes fatos, optou-se adotar os valores oficiais para fins de análise estatística.

**Tabela 02** – Distribuição da população, nos bairros de área de abrangência da ULS, por categorias. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

<b>Distribuição da população</b>	n	%
<b>Coordenadores de ULS</b>		
Urbanizada	100212	42,55
Urbana Isolada	74800	31,76
Mista	60500	25,69
Total ULS	235512	100
<b>Oficial da ESF (PSF)</b>		
Urbanizada	90285	58,19
Urbana Isolada	33571	21,64
Mista	31304	20,18
Total ULS	155160	100
<b>IBGE/2000</b>		
Urbanizada	101202	59,10
Urbana Isolada	38280	22,36
Mista	31748	18,54
Total ULS	171230	100

**Tabela 03** – Distribuição de profissionais de nível superior nas Unidades Locais de Saúde (ULS) por categorias e Profissão. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

Característica	n	%
<b>Cirurgiões - dentistas</b>		
Urbanizada	29	59,18
Urbana Isolada	11	22,45
Mista	9	18,37
Total ULS	49	100
<b>Enfermeiros</b>		
Urbanizada	33	58,93
Urbana Isolada	14	25,00
Mista	9	16,07
Total ULS	56	100
<b>Médicos</b>		
Urbanizada	61	69,32
Urbana Isolada	16	18,18
Mista	11	12,50
Total ULS	88	100

Observa-se na análise da tabela 03, que não existe necessidade de uma distribuição diferente, no que se refere aos profissionais de odontologia, pois a distribuição supre as necessidades as ULS. Houve uma pequena concentração de Enfermeiros na categoria Urbana Isolada em torno de 3% e uma forte concentração de Médicos na categoria Urbanizada, sendo superior a 11% em relação a população da mesma categoria, retratando um perfil de lotação destes profissionais de saúde nas áreas mais centrais do município, próximo ao meio urbano. Esta diferença na distribuição de profissionais e consequentemente na cobertura de assistência sugere a necessidade de uma reavaliação da quantidade de profissionais necessários para atender de forma equânime, os usuários do SUS em São José. Um estudo específico seria necessário para verificar se um concurso público, com a contratação de profissionais, ou uma redistribuição, equacionaria a questão da equidade.

Dentre os profissionais responsáveis pela assistência a saúde, destaca-se àqueles que produzem consultas de atendimento aos usuários nas ULS: tanto agendadas previamente, bem como as urgências e emergências. Quanto a estas consultas, nas ULS, os

dados coletados referem-se ao período de um mês, subdivididos em dois tipos: os usuários com risco e os usuários sem risco. É importante ressaltar que conforme classificação apresentada por SANTOS-FILHO (2006) são considerados com risco, àqueles que pertencem a um grupo especial (gestantes, idoso, portadores de deficiência e outros).

Com relação as consultas agendadas e os encaminhamentos com consultas referenciadas (Tabela 4) observa-se que na categoria urbanizada, a concentração de consultas agendadas para usuários com risco foi de 73,99% estando as consultas sem risco com variação entre 47,68 e 50,08% dando ênfase ao registro ou empenho por parte da ESF que abrange esta categoria. Observou-se, também, que os encaminhamentos com consulta referenciada para usuário sem risco foram de 63,84% demonstrando a falta de resolutividade nas consultas ou a falta de registro nas demais categorias. O absentéismo foi em média de 0,30% na categoria mista em usuários sem risco até 20,64% na categoria urbanizada isolada em usuários com risco, sendo que a média total de faltas é de 3,26 %.

**Tabela 04** – Distribuição das **consultas agendadas e encaminhamentos com consulta referenciada** nas Unidades Locais de Saúde (ULS) por categorias, de usuários com e sem risco, no período de um mês. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

<b>Distribuição das consultas e encaminhamentos</b>	n	%
<b>Consultas agendadas, usuário sem risco</b>		
Urbanizada	13976	50,08
Urbana Isolada	7273	26,06
Mista	6660	23,86
Total ULS	27909	100
<b>Consultas agendadas, usuário com risco</b>		
Urbanizada	2497	73,99
Urbana Isolada	596	17,66
Mista	282	8,35
Total ULS	3375	100
<b>Encaminhamento com consulta referenciada, usuário sem risco</b>		
Urbanizada	1807	47,68
Urbana Isolada	1531	40,39
Mista	452	11,93
Total ULS	3790	100

**Encaminhamento com consulta referenciada,****usuário com risco**

Urbanizada	143	63,84
Urbana Isolada	10	4,46
Mista	71	31,70
Total ULS	224	100

Quanto aos atendimentos de urgências, dos usuários com risco e sem risco, nas ULS (tabela 05), destacou-se a categoria urbana isolada no pronto atendimento, onde apresentou resolutividade, com 58,14% nas urgências dos usuários com risco. Já a categoria urbanizada utilizava o critério de agendar consulta logo após a fase aguda da urgência para concluir, nos casos possíveis, o tratamento. Esta categoria respondeu também pela maioria dos encaminhamentos dos usuários, oscilando entre 80 a 100%.

**Tabela 05** – Distribuição dos atendimentos de urgências: pronto atendimento, agendamento de consulta, encaminhamento sem e com consulta referenciada, nas Unidades Locais de Saúde (ULS) por categorias, no período de um mês. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

<b>Distribuição dos atendimentos de urgência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pronto atendimento, usuário sem risco</b>		
Urbanizada	3128	54,93
Urbana Isolada	1260	22,12
Mista	1307	22,95
Total ULS	5695	100
<b>Pronto atendimento, usuário com risco</b>		
Urbanizada	180	32,20
Urbana Isolada	325	58,14
Mista	54	9,66
Total ULS	559	100
<b>Agendamento de consulta, após urgência, usuário sem risco</b>		
Urbanizada	2746	99,42
Urbana Isolada	16	0,58
Mista	0	0
Total ULS	2762	100
<b>Agendamento de consulta, após urgência, usuário com risco</b>		
Urbanizada	0	0
Urbana Isolada	3	100
Mista	0	0
Total ULS	3	100

---

**Encaminhamento sem consulta referenciada  
usuário sem risco**

Urbanizada	833	98,81
Urbana Isolada	10	1,19
Mista	0	0
Total ULS	843	100

**Encaminhamento sem consulta referenciada  
usuário com risco**

Urbanizada	200	100
Urbana Isolada	0	0
Mista	0	0
Total ULS	200	100

**Encaminhamento com consulta referenciada  
usuário sem risco**

Urbanizada	618	92,10
Urbana Isolada	33	4,92
Mista	20	2,98
Total ULS	671	100

**Encaminhamento com consulta referenciada  
usuário com risco**

Urbanizada	32	80
Urbana Isolada	8	20
Mista	0	0
Total ULS	40	100

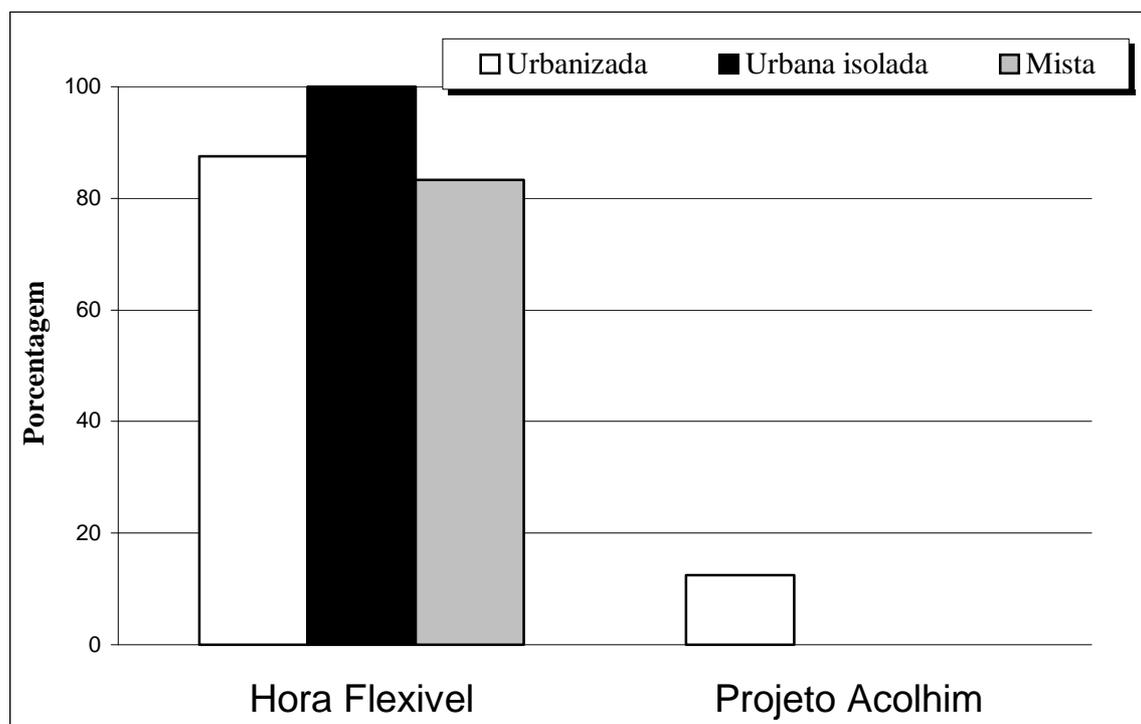
#### 5.5.4 Humanização da Atenção à saúde - o serviço

Os dados de humanização no serviço, nas três categorias de ULS, são demonstrados e descritos conforme classificação apresentada por Santos-Filho (2006) sendo incluídas nesta pesquisa apenas as seguintes características: a ampliação de acesso; ao cuidado integral e resolutivo; direito dos usuários, controle social e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde; adequação de áreas físicas (seguindo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos), e provisão de recursos materiais e insumos; tempo médio transcorrido, entre a solicitação e a realização de serviços de reparos de materiais e equipamentos considerados essenciais.

De acordo com Santos-Filho (2006), algumas características de humanização são subdivididas em dois ou mais itens de humanização, e para possibilitar um melhor entendimento as mesmas foram mencionadas em diferentes perguntas (APÊNDICE A).

No que diz respeito a ampliação de acesso (Figura 10), o grau de humanização entre as categorias de ULS, cuja flexibilidade de horário e agenda de atendimento, inclusive no

horário de almoço foi maior na categoria urbana isolada, pois são poucos os locais para refeições, desta forma a maioria dos profissionais condensa a carga horária sem intervalos. Foi relatado, que na categoria urbanizada, ocorre à existência de um projeto de acolhimento, com registros dos usuários atendidos.

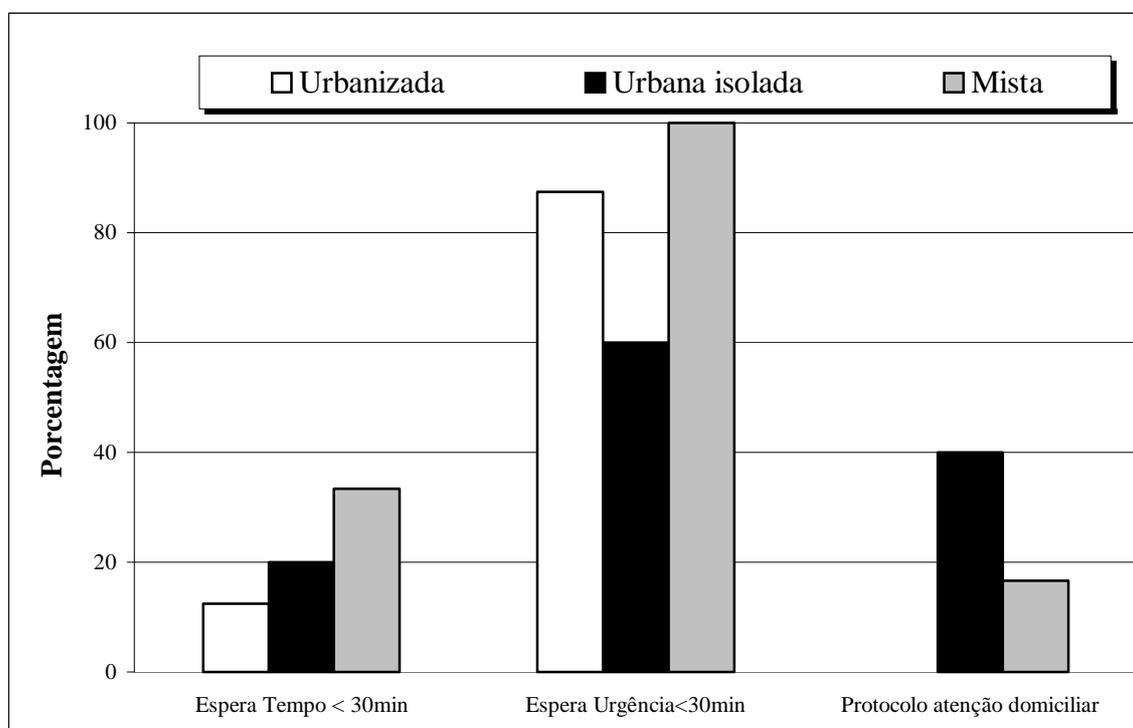


**Figura 10** – Ampliação de acesso: horário alternativo e projeto de acolhimento, por categoria ULS.

Segundo Scholze et al (2006) a implantação do acolhimento cria a possibilidade de encaminhar “as necessidades mais imediatas da população atendida, preservando a equidade na atuação” e também possibilita uma “organização da demanda” existente quando da assistência a saúde do usuário, melhorando desta forma a qualidade do serviço. Por outro lado, não foi relatada existência de protocolo para o acolhimento em nenhuma das categorias, com etapas de discussão nas equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos.

Quanto ao cuidado integral e resolutivo os dados de humanização encontrados estão subdivididos em características e categorizados por ULS (Figura 11). Sendo observado que apesar de não relatar o acolhimento (Figura 10), a categoria Mista relatou a redução no tempo de espera para 30 minutos ou menos em 33,33% dos casos. Esta categoria Mista destacou-se também nos atendimentos de urgências (casos agudos) dos

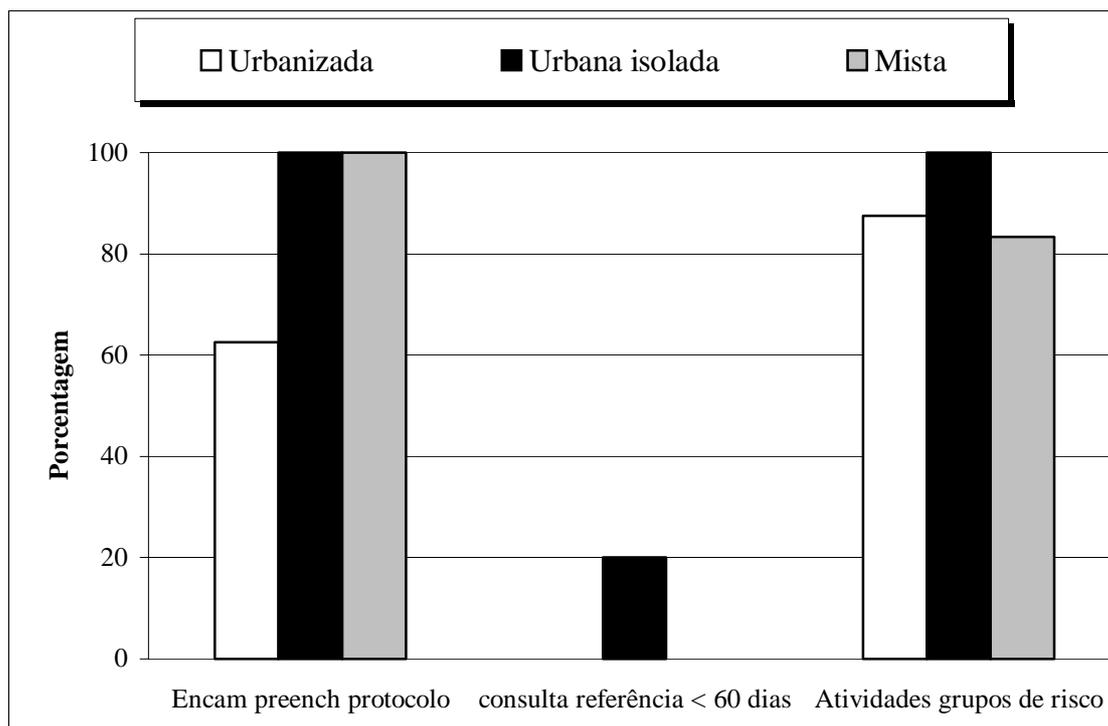
usuários, que em sua totalidade, são atendidos pelo menos antes de 30 min. Já com relação à existência de um protocolo para o cuidado/atenção domiciliar, com diretrizes, foi observado maior referência na categoria Urbana Isolada em 40% dos casos.



**Figura 11** - Cuidado integral e resolutivo: tempo de espera menor do que 30 minutos, urgência leva um tempo menor de 30 minutos para o atendimento e existência de protocolo de atenção domiciliar, por categoria de ULS.

Outro aspecto avaliado foi quanto aos encaminhamentos, tais como: se são preenchidos conforme protocolo e se consultas oriundas destes encaminhamentos são realizadas em até sessenta dias. A existência de atividades disponibilizadas aos grupos de risco: gestantes, diabéticos e hipertensos, foram investigados (Figura 12). Observou-se que os encaminhamentos são todos preenchidos conforme protocolo nas: categorias Urbana Isolada e Mista, sendo que as consultas oriundas destes encaminhamentos não são realizadas em até sessenta dias e apenas 20% na Urbana Isolada alcança este objetivo demonstrando que a assistência foi precária, não apresentando resolutividade imediata.

Com relação a existência de atividades disponibilizadas aos grupos de risco podemos destacar a Urbana Isolada no total comprometimento para com estes grupos.



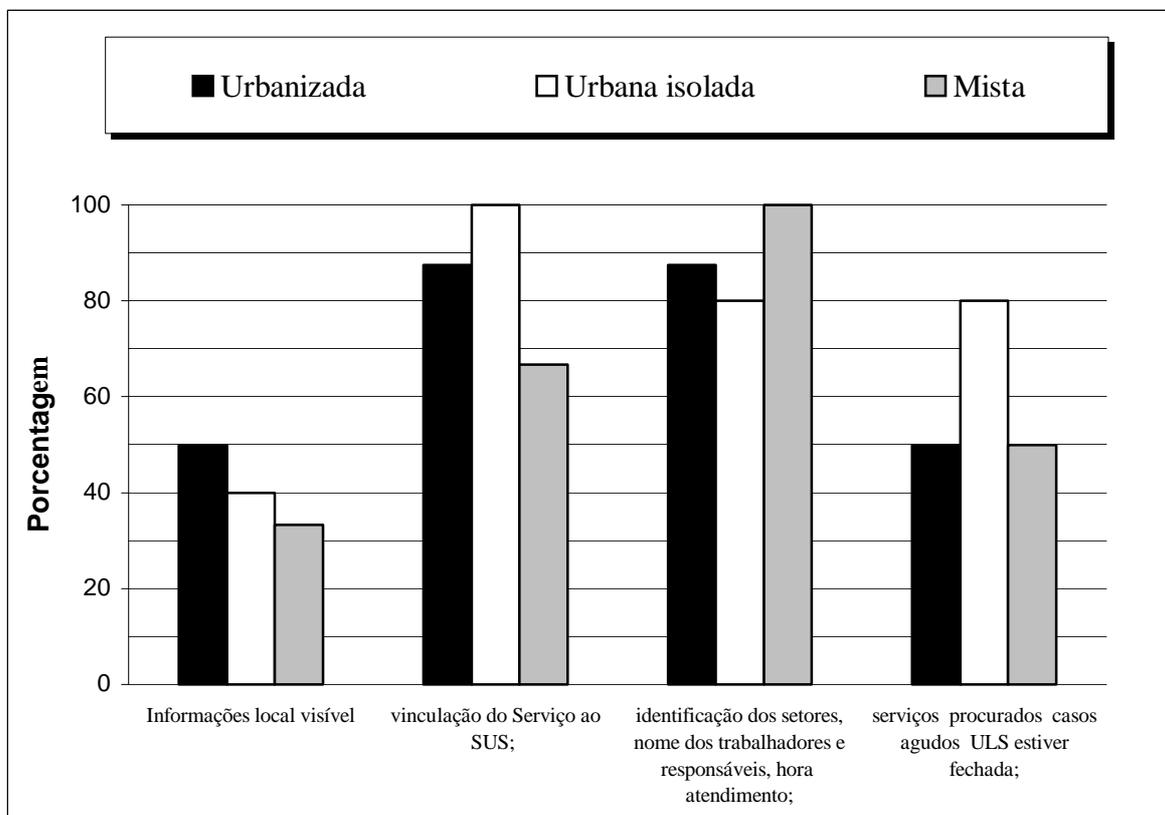
**Figura 12** – Cuidado integral e resolutivo: encaminhamentos preenchidos corretamente, consulta de referência marcada em menos de 60 dias e atividades par grupos de risco, por categoria de ULS.

Ainda com relação às características necessárias a um serviço para ser considerado humanizado foram analisadas as variáveis como: direito dos usuários, controle social e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde.

Dentre os direitos dos usuários aspectos como a fixação em local visível das informações, tais como: horários de atendimento dos profissionais, horários de início e término das atividades na ULS, tipos de serviços prestados, tipos de demanda para o atendimento e nome dos profissionais. Assim como, se as informações dispostas são vinculadas aos serviços; identificação dos setores com nome do responsável e hora de atendimento; forma de comunicação como o contato telefônico, a fim de evitar que os usuários desloquem-se quando ‘não carecem’ de estarem na ULS. Estas características foram levantadas contemplando princípios da carta dos direitos dos usuários da saúde (BRASIL, 2006i) (Figura 13).

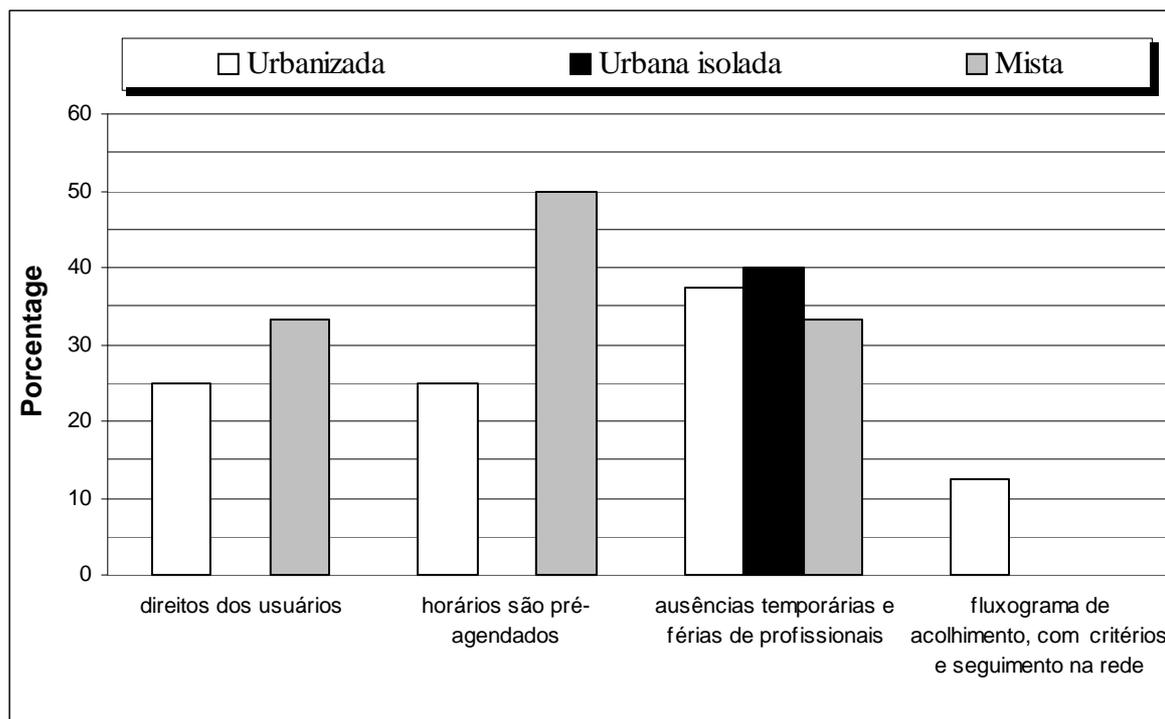
Observou-se que a categoria Urbanizada contemplou em 50% a informação visível aos usuários e que a Urbana Isolada atingiu 100% de informações vinculadas ao SUS. A categoria Mista foi a de maior identificação dos setores, nome dos profissionais e os horários de atendimento, com 100%. Já a categoria Urbana Isolada destacou-se alcançando

80% na característica de informação sobre outros serviços alternativos para quando a ULS estiver fechada.



**Figura 13** – Distribuição em porcentagem, por categoria de ULS, da visualização das informações sobre os serviços; informações vinculadas aos serviços; identificação dos profissionais; forma de comunicação aos usuários quando não carecem de estarem na ULS.

Com relação aos direitos dos usuários e a possibilidade de pré-agendamento de horários a categoria Mista destacou-se por possuir os maiores índices com 33,33% e 50%. Quanto ao aviso sobre ausência temporária de profissionais a maior porcentagem (40%) foi observada na categoria Urbana Isolada e o fluxograma de atendimento com critérios e seguimento na rede só foi observado na categoria Urbanizada mesmo assim em somente 12,50% (Figura 14).



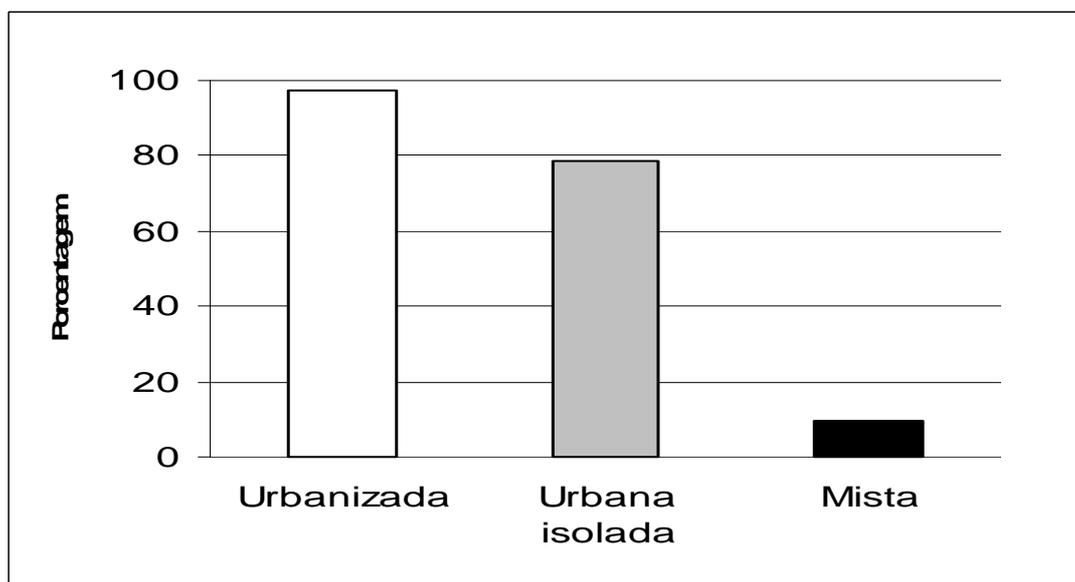
**Figura 14** – Disponibilidade de informativos, cartilhas e boletins com: informações e os direitos dos usuários do SUS; existência de pré-agendamento de horários, aviso sobre ausência temporária de profissionais, fluxograma de atendimento.

Com relação ao controle social e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde. Os dados do período de um mês estão dispostos e agrupados (APÊNDICE D) nas categorias respectivas de Unidades Locais de Saúde (ULS). Observou-se que em todas as ULS ocorreu a existência de um serviço para escuta dos usuários, onde as respostas foram providenciadas em 15 dias ou menos. Entretanto não existe a divulgação dos resultados, impossibilitando um retorno das informações.

Considerado satisfatório as formas de comunicação aos usuários quando não necessitam de estarem na ULS ocorrem em 79% delas e, neste item, a categoria Mista ficou contemplada em 100%. Por outro lado, apesar de em 74% das ULS existirem alguma estratégia para disponibilizar ao usuário, a troca de profissionais quando necessário, somente em 38% das ULS da categoria Urbanizada apresentou esta possibilidade, sendo considerado não humanizada neste item e nas demais categorias Urbana Isolada e Mista ocorreu abrangência de 100%. Já a existência de meios de comunicação com justificativa sobre a suspensão de procedimentos agendados e um número de redução de queixas nos meios de comunicação foi contemplada também em 74% (APÊNDICE D).

Ambiência na Saúde é entendida como o “tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006j). Diversos são os dados da ambiência do local de serviço, sendo o que mais chamou atenção foi a ausência de determinados itens de humanização. Em apenas 32% das ULS existia sala de reuniões, sendo a categoria Mista a menor frequência (17%). Na categoria Urbana Isolada não foram realizadas reformas e incorporações de materiais complementares para os serviços, atrelados a projetos e atividades específicos. E não foram armazenados e removidos adequadamente os produtos residuais e lixos específicos (APÊNDICE E).

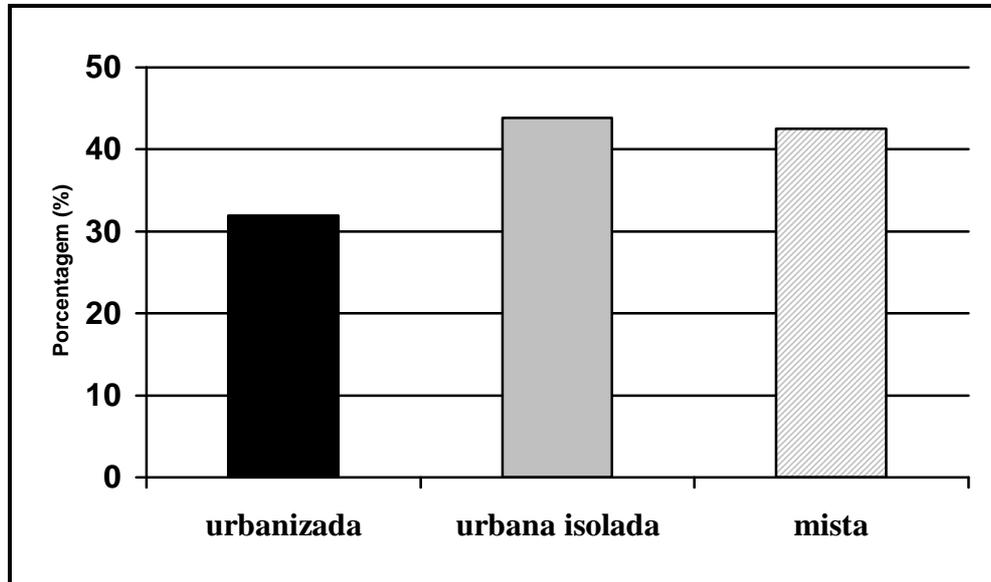
Com relação ao tempo médio transcorrido, entre a solicitação e a realização de serviços de reparos, pela empresa de manutenção e consertos, considerados essenciais para o funcionamento dos serviços, observou-se que a categoria mista possui a menor média das categorias com 9,5 dias (Figura 15). Isto pode ocorrer pelo fato das ULS que compreendem esta categoria serem as mais distantes do centro urbano aumentando o custo do trabalho ou que as solicitações realizadas por esta categoria são descritas e relatadas de forma correta, facilitando o trabalho de reparo por parte dos profissionais contratados.



**Figura 15** - Tempo médio em dias, transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais.

Considerando a soma geral de todos os dados de humanização encontrados neste estudo, obteve-se um total individualizado para cada categoria. Estes totais individuais por categoria foram divididos pela quantidade de perguntas realizadas. A partir de então se

obteve médias finais categorizadas. Desta forma, a categoria Urbana Isolada foi considerada a mais humanizada com 43,83% de alcance, seguido da Mista com 42,55% e por último a urbanizada com 31,91% conforme figura 16.



**Figura 16** - Categorias de ULS com percentual de humanização no estudo.

Observou-se a “presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho” (BRASIL, 2004c). Contudo, mesmo frente estas dificuldades, deve-se buscar a utilização dos avanços, com incrementos de idéias e experiências positivas da humanização na construção do SUS, exigindo o cumprimento do 6º princípio da carta dos direitos dos usuários da saúde que todos devem cumprir o que estabelece a mesma (BRASIL, 2006i).

## 5.6 - Sugestões para as instituições

Na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde especificamente no terceiro princípio é assegurado “todo cidadão tem direito a um tratamento humanizado e sem nenhuma discriminação (BRASIL, 2006i)”. A importância da humanização na garantia dos direitos dos usuários do SUS e na valorização dos profissionais como protagonista da transformação e promoção da saúde, resulta num benefício para a sociedade, em especial aos usuários do SUS no município de São José. Desta forma, mediante achados deste estudo, sugere-se a Secretaria Municipal de São José, alguns pontos que orientam as ações de atenção à saúde de encontro ao atendimento humanizado, como se segue:

- ✓ Estimular a criação de uma comissão interdisciplinar para desenvolver a humanização não só da Assistência à Saúde, mas também da Gestão do SUS, como nos grupos de trabalhos (GTH), um dispositivo existente na Política Nacional de Humanização (PNH).
- ✓ Incentivar a criação de planos de Cargos, Carreira e Salários com o objetivo de motivar seus funcionários a permanecer com vínculo efetivo, visto que a desmotivação é um dos fatores primordiais para desistências e absenteísmo.
- ✓ Procurar instituir as equipes de referência e de apoio matricial com características de transversalidade. Uma alternativa ao modelo tradicional de atenção a saúde no município, indo a favor da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de atenção básica.
- ✓ Estimular a criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) inserindo na ESF como forma de ampliar a cobertura e o acesso dos usuários a Assistência em Saúde Bucal.
- ✓ Estimular a criação dos protocolos de utilização e organização dos serviços priorizando: a ampliação de acesso, o acolhimento e o cuidado integral e resolutivo.
- ✓ Disponibilizar aos usuários informativos, cartas e cartilhas com deveres e direito dos usuários do SUS.
- ✓ Desenvolver um serviço para Escuta dos usuários com um processo sistemático da avaliação de satisfação dos usuários, com plano de divulgação e discussão com os mesmos e os trabalhadores do SUS, encaminhando os pontos críticos apresentados nas avaliações para correções e adequações, com plano e prazos claramente definidos.
- ✓ Incentivar o controle Social nas regiões de abrangência das ULS que ainda não possuem os conselhos locais de saúde; como forma de estimular a participação da população no Conselho Municipal de Saúde e Conferências Municipais.

- ✓ Realizar ações no âmbito da promoção da saúde, ou seja, criar processos de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua saúde.
- ✓ Observar sempre o conceito de ambiência no planejamento arquitetônico das estruturas físicas e na execução de obras e reparos das ULS.
- ✓ Reorganizar os setores e departamentos responsáveis pela provisão de recursos materiais e insumos, evitando a paralisação de serviços nas ULS.
- ✓ Realizar um estudo específico para verificar se existe a necessidade de concurso público, com a contratação de profissionais, ou uma redistribuição dos mesmos para equacionar a questão da equidade na atenção à Saúde.
- ✓ Verificar a possibilidade de subdividir em Distritos Sanitário as ULS do município.

## CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES.

Existe um reconhecimento da importância da humanização da atenção em saúde como ferramenta para uma gestão de qualidade, que garanta os direitos dos usuários do SUS e a satisfação dos profissionais de Saúde. Sendo assim, o presente estudo possibilita concluir que:

- Os Cirurgiões-dentistas são os profissionais que tem o maior índice de vínculo empregatício como efetivos, com 97,96%.
- A categoria Urbana Isolada é a mais resolutiva (58,14%) quanto às urgências dos usuários com risco.
- As consultas referenciadas a outros níveis de atenção após encaminhamentos levam em média mais de sessenta dias para serem realizadas.
- O controle social é presente na categoria Urbana Isolada.
- Os direitos dos usuários são respeitados na Urbana Isolada e Mista.
- Pouca atenção é dada na implementação de ações no âmbito da promoção da saúde.
- O Sistema de Informação disponibilizado pelo SUS, para um melhor planejamento, nas ações das gerências de unidades de saúde é ignorado ou desconhecido.
- A diferença na distribuição de profissionais e conseqüentemente na cobertura de assistência sugere a necessidade de uma reavaliação da quantidade de profissionais necessários para atender de forma equânime, os usuários do SUS em São José. Existindo a possibilidade de realizar concurso público ou apenas uma redistribuição diferente da existente.

O modelo de atenção à saúde no município de São José apresenta-se humanizado em diversos graus e em todas as categorias, Urbana Isolada (43,83%), Mista (42,55%) e Urbanizada com 31,91%.

- A categoria Urbana Isolada foi considerada a mais humanizada quando comparada a categoria Mista e a categoria Urbanizada.

## REFERÊNCIAS

ABREU, E. **Sociedade Feudal**. Disponível em: <<http://www.saberhistoria.hpg.ig.com.br>>. Acesso em: 16 jul. 2007.

ANDRADE, L. O. M; PONTES, R. J. S; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 8, n.1-2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/>>. Acesso em: 11 Abr. 2007.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 561-571, 2005.

BOTAZZO, C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre teoria e prática. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003. p. 17.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. 2007. **Portal da Transparência**. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaParticipacaoControleSocial.asp>> Acesso em: 15 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Do sanitário à municipalização**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 31 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal – **Caderno de Atenção Básica nº 17**. 70p. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio a descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde**. 2 ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006d. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Esplanada dos Ministérios, Brasília, 3 ed. 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Publicações da PNH**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=389](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389)>. Acesso em: 21 mar. 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**— 2 ed - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006g. 16p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**: ilustrada. Brasília, r 2006i. 8p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006j. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**, Brasília, DF, 2004a. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. HumanizaSUS - divulgação. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Esplanada dos Ministérios. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003.

BRASIL. **Programa de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, maio 2000.

BRASIL. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, Brasília, jun 2000.

BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 8080/90**, 1990a. Disponível em:  
<[www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm) > Acesso em: 2 set. 2006.

BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 8142/90**, 1990b. Disponível em:  
<[www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8142.htm) > Acesso em: 2 set. 2006.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Art. 196  
Brasília, 1988a.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Art. 197  
Brasília, 1988b.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Art. 198  
Brasília, 1988c.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Art. 198 - inciso III. Brasília, 1988d.

BRASIL. Senado Federal. **Lei 11.889/08**, 2008. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm)> Acesso em: 18 fev. 2009.

BRUGGEMANN dos SANTOS, O. M. **A Enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

BUGLIONE, S. A dor e a alegria de ser o que se é. **A Notícia**. Joinville, 19 jun. 2007. Folha A3 - Opinião.

CARVALHO, D. Q; ELY, H. C; PAVIANI, L. S; CORRÊA, P. E. B. A dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Saúde Pública do RS**. V. 18, n. 1 – jan/jun. 2004. p. 175-184.

CASATE, J.C; CORRÊA, A. K. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**, 2005. Rev Latino-am Enfermagem, 13(1) jan/fev p. 105-111. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso: 08 ago. 2007.

CASTRO, J.L. et al. **Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Observatório RH Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. 2006. Disponível em: <[http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos\\_enviados/PSF\\_flexibilidade\\_e\\_precarizacao\\_no%20trabalho.pdf/](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/PSF_flexibilidade_e_precarizacao_no%20trabalho.pdf/)> Acesso: 05 fev. 2008.

CENTRO DE INFORMÁTICA E AUTOMAÇÃO DE SANTA CATARINA. **Mapa interativo**. Disponível em: <<http://www.mapainterativo.ciasc.gov.br/>> Acesso: 08 ago. 2007.

CENTRO DE INFORMÁTICA E AUTOMAÇÃO DE SANTA CATARINA. **Municípios de Santa Catarina.** Disponível em: <<http://www.sc.gov.br/portalturismo/Default.asp?CodMunicipio=304&Pag=1>>. Acesso: 08 ago. 2007.

CHERCHGLIA, M. L. **Terceirização do trabalho nos serviços de saúde:** alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. Texto de apoio do Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU. Unidade 3. Disponível em: < [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub04U3T5.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T5.pdf)> Acesso: 13 set. 2008.

COSTA, E. **Problematizando para humanizar:** Uma proposta de Transformação do Cuidado em uma Enfermaria Psiquiátrica. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Biblioteca virtual em saúde.** Disponível em: < <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/>> Acesso em: 08 ago. 2007a.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Biblioteca virtual em saúde.** Disponível em: < <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>> Acesso em: 08 ago. 2007b.

DESLANDES, S.F. **Humanização dos cuidados em saúde:** conceitos, dilemas (organizadora). São Paulo. Editora Fiocruz. 2006. 416p.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 7-14, 2004.

ESTADO DE SÃO PAULO. Direito do Paciente. **Lei n.º 10.241,** 1999. Disponível em: < <http://www.saude.sp.gov.br/portal/24bf6e2bc89b06a70174d93ae50e7700.htm>> acesso em: 10 jun. 2006.

GOOGLE EARTH. **Imagens de satélite:** procuras regionais. Disponível em: <[earth.google.com](http://earth.google.com)> Acesso em: 16 ago. 2007.

HENRIQUES, F. G. C. et al. Planejamento Estratégico em Saúde Bucal no município de São José. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE BUCAL COLETIVA, 8., jun. 2008. João Pessoa. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada** – v. 8, suplemento, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidade@ o Brasil município por município**, 2007a. Disponível em:

< <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso: 08 ago. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério e Planejamento, Orçamento e Gestão. Centro de Documentação e Disseminação de Informações Censo Demográfico 2000. Agregado por Setores Censitários dos Resultados do Universo. Documentação do Arquivo. 2ª edição. Rio de Janeiro, 2003. pág. 25-26. **CD-ROM IBGE, 2007b.**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto Interno Bruto dos municípios, 2006**. Disponível em:

< [ftp://ftp.ibge.gov.br/Pib\\_Municipios/2006/Banco\\_de\\_Dados](ftp://ftp.ibge.gov.br/Pib_Municipios/2006/Banco_de_Dados) >. Acesso: 14 maio 2009.

KERBER, C. A. **Laboratório de hemodinâmica: espaço organizacional do trabalho da Enfermagem para um cuidado humanístico tecnológico**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LIMA, N. T. et al. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. et. al. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. P. 36-37.

LIMA, N. T. et al. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. et. al. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. P. 45

MACÊDO, C. G. **Notas para uma história recente da saúde pública na América Latina**. Brasília, OPAS - representação do Brasil, 1997. 107p.

MARISCO, N. S. **Novas possibilidades de humanização na hemodiálise: o cliente e a equipe de Enfermagem na construção do mais ser.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MAY, L. E. **A atuação da enfermeira frente à dor do cliente em pós-operatório: uma abordagem humanizada.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MENDES, E.V. As políticas de saúde na Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: \_\_\_\_. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 3. ed 1995.

MERCADANTE, O. A. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. et al. **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 240.

MEURER, C. D. **Assistência de Enfermagem humanizada ao recém-nascido: uma proposta educativa baseada em Paulo Freire.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MINAYO GOMEZ, C; COSTA, S. M. F. T. **Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.411-421, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fundação Oswaldo Cruz.** Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/editora/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=414&sid=5>>. Acesso em: 16 jul. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **História da Saúde Pública no Brasil.** Disponível em: <[http://www.ensp.fiocruz.br/historico\\_40.cfm](http://www.ensp.fiocruz.br/historico_40.cfm)>, </histórico\_50>, </histórico\_60>, </histórico\_70>, </histórico\_80>, </histórico\_90>, </histórico\_00>. Acesso em: 31 mar. 2007.

MOYSÉS, S.T. et al. Humanizando a educação em Odontologia. **Revista ABENO**. Brasília, 2003. v 3. p. 55-64.

NUNES, E.D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.251-264, 2000.

NICZ, L. F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, E. L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197.

OLIVEIRA, N. F. S; COSTA, S. F. G; NÓBREGA, M. M. L. Diálogo vivido entre enfermeira e mães de crianças com câncer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 99-107, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_13.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_13.htm)>. Acesso em: 03 set. 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Disponível em: [http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm). Acesso em: 21 ago. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Direitos de Pacientes na Europa**. Amsterdam, mar. 1994.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **CARTA DE OTTAWA**, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> >. Acesso em: 26 maio 2007.

PAGANINI, M. C. **Humanização da prática pelo cuidado**: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

PAINI, J. P. **Diálogo vivido como cuidado humanizado no processo educativo de Enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos: Introdução**. São Paulo: Edições Loyola, 2006. Introdução. p. 2-3.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humano na área de saúde. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2006. Cap 1, p. 11-12.

PISTELLI, A. C; SILVA, R. C. G; VIEIRA, R. **Informação e comunicação na construção de políticas públicas** – o exemplo da Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.icml9.org/program/track4/public/documents/Rejane%20Vieira-163223.pdf>> Acesso em: 06 fev. 2008.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil, 2000**. Disponível em: <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 04 abr 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ. **Institucional: Dados da Cidade, 2008**. Disponível em: <<http://www.pmsj.sc.gov.br/conteudomenu.php?id=75>>. Acesso em: 8 set. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ. **Institucional: Dados da Cidade, 2007**. Disponível em: <<http://www.pmsj.sc.gov.br/conteudomenu.php?id=75>>. Acesso em: 21 ago. 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Tabelas de ranking do IDH-M**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>>. Acesso em: 21 ago. 2007.

RIBEIRO, D. M. **Gestão para qualidade em serviços de saúde pública: um estudo de caso sobre liderança situacional**. Tese (Doutorado em Odontologia) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006. Cap 7.

RIBEIRO, E. L. de O; MOTTA, J .I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. NUTES/UFRJ. mimeo, 1996. Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=223281&indexSearch=ID>. Acesso em: 21 ago. 2007.

RISI JÚNIOR, J.B. As condições de saúde no Brasil. FINKELMAN, J. et al. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003a. p. 34.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo** saúde. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003b. p. 38-39.

ROVERE, M. R. **Gestion Estrategica de la Educacion Permanente en Salud in Educacion Permanente de Personal de Salud**. Série Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA, 1994.

SANTOS FILHO, L. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec; Edusp. V.2. 1991.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. **Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Atenção Básica e Hospitalar**. Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência, 2006.

SCOTTI, R. F. **Informações sobre a NOB-96: um novo modelo de gestão do SUS**. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/nob-info.html>>. Acesso em: 12 out. 2007.

SCHOLZE, A. S ; ÁVILA, L. H; SILVA, M. M; DACOREGGIO, S. T. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v.8, n.1, p. 7-12, dez 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 10 ago.2007.

SECRETARIA DE ESTADO DE SANTA CATARINA. DIRP/GEAVS – Diretoria de Planejamento. **Relatório de Gestão** – Identificação Municipal, 2006. Florianópolis.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 31, n. 5, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 Set 2007.

SILVA, J. **Expectativas, necessidades e valores:** referência para a assistência humanizada ao cliente oncológico. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.45-51. 2006.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.585-597, 2006.

TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL. **Secretaria de Informática e Eleições**, 2007.

Disponível em: < [http://www.tre-sc.gov.br/eleicoes/estatistica\\_eleitoral/eleitores\\_zes\\_secoes\\_locais\\_votacao\\_ordem\\_alfabetica\\_2006.pdf](http://www.tre-sc.gov.br/eleicoes/estatistica_eleitoral/eleitores_zes_secoes_locais_votacao_ordem_alfabetica_2006.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2007.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 599-613. set. 2005. Disponível em <[www.scielo.br](http://www.scielo.br) > acessado em: 10 jun. 2006.

XAVIER, L.G.V. **A representação do Estado de Exceção no documentário brasileiro: notícias de uma guerra particular.** Salvador, 2006. Disponível em: <[http://www.fafich.ufmg.br/compolitica/anais2006/Xavier\\_2006.pdf](http://www.fafich.ufmg.br/compolitica/anais2006/Xavier_2006.pdf)> Acesso em: 24 ago. 2007.

## APÊNDICES

### Apêndice A -Questionário aos coordenadores de Unidades Locais de Saúde (ULS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
MESTRADO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA

Meu nome é Franklin Gilvanni de Castro Henriques, estudante de mestrado em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de contribuir para o melhor conhecimento sobre a **Humanização da Atenção à Saúde: um estudo de caso sobre o serviço de saúde de um município em Santa Catarina.**

Solicitamos sua colaboração em responder este formulário ADAPTADO DE SANTOS-FILHO, 2006. para que possamos verificar através de você, coordenador(a) desta Unidade de Saúde, de como está a Humanização da Atenção à Saúde na Rede Pública Municipal de Saúde de São José.

Agradecemos pela sua gentileza.

Nº:.....

#### 1. Identificação

1.1 Sexo: 1.( ) masculino 2.( ) feminino

1.2 Idade: ..... anos

1.3 Estado Civil: 1.( ) solteiro

2.( ) casado 3.( ) viúvo

4.( ) divorciado 5.( ) união estável

1.4 Residência (cidade):.....

#### 2. Perfil Profissional

2.1 Escolaridade e ano de conclusão:

( ) Nível Médio.

( ) Graduação.

Curso:.....

( ) Especialização. Qual(is)?

.....

( ) Mestrado ( ) Doutorado

( ) Pós-Doutorado

2.2 Renda Individual:

Em Salários Mínimos (SM)

( ) Até 2 SM ( ) De 2 a 4 SM

( ) De 4 a 6 SM ( ) De 6 a 8 SM

( ) De 8 SM ou mais

2.3 Regime de trabalho:

( ) Estatutário/Efetivo

( ) Contrato por Tempo Limitado (ACT)

( ) Cargo Confiança/Comissionado

2.4 Carga Horária Diária Total de Trabalho:

( ) 4 h. ( ) 6 h. ( ) 8h.

2.5 Tempo de Serviço na Prefeitura Municipal de São José: ..... meses.

2.6. A quanto tempo está nesta função de Coordenador de U.L.S.?

( ) Menos de 6 meses.

( ) De 6 meses a 12 meses.

( ) De 13 meses a 18 meses.

( ) De 19 meses ou mais.

( ) De 25 meses ou mais.

**2.7 Moradia:**

( ) própria ( ) alugada ( ) outra

**3. Qual a Unidade Local de Saúde (ULS) que você coordena? (centro de saúde)**

CENTRO DE SAÚDE AREIAS	<input type="checkbox"/>	1
CENTRO DE SAÚDE BARREIROS	<input type="checkbox"/>	2
CENTRO DE SAÚDE BELA VISTA	<input type="checkbox"/>	3
CENTRO DE SAÚDE COL. SANTANA	<input type="checkbox"/>	4
CENTRO DE SAÚDE FAZENDA	<input type="checkbox"/>	5
CENTRO DE SAÚDE FORQUILHAS	<input type="checkbox"/>	6
CENTRO DE SAÚDE FORQUILHINHA	<input type="checkbox"/>	7
CENTRO DE SAÚDE IPIRANGA	<input type="checkbox"/>	8
CENTRO DE SAÚDE LUAR	<input type="checkbox"/>	9
CENTRO DE SAÚDE MORAR BEM	<input type="checkbox"/>	10
CENTRO DE SAÚDE PICADAS DO SUL	<input type="checkbox"/>	11
POLICLÍNICA MUNICIPAL DE CAMPINAS	<input type="checkbox"/>	12
CENTRO DE SAÚDE PROCASA	<input type="checkbox"/>	13
CENTRO DE SAÚDE ROÇADO	<input type="checkbox"/>	14
CENTRO DE SAÚDE SEDE	<input type="checkbox"/>	15
CENTRO DE SAÚDE SERRARIA	<input type="checkbox"/>	16
CENTRO DE SAÚDE SERTÃO	<input type="checkbox"/>	17
CENTRO DE SAÚDE ZANELATO	<input type="checkbox"/>	18
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTO SARAIVA	<input type="checkbox"/>	19

**4- Qual a população e localidades (loteamentos ou bairros) de sua área adscrita?**

População:..... Localidades:.....  
..

**5 – Descreva a equipe de profissionais que trabalham na U.L.S. coordenada por você?**

Cargo	Vínculo				Carga Horária		
	Efetivo	A C T	C L T	Comissionado	4 h	6 h	8 h
Agente Comunitário de Saúde							
Auxiliar de Enfermagem							
Auxiliar de Serviços Gerais							
Cirurgia (o)-dentista							
Enfermeiro (a)							
Médico (a)							
Técnico de Enfermagem							
Outros							

## O SERVIÇO

### QUANTO A AMPLIAÇÃO DE ACESSO, CUIDADO INTEGRAL E RESOLUTIVO (Redução de filas e tempo de espera)

1. Flexibilidade de horário e agenda de atendimento (horário de almoço e outros)?  
( ) Sim ( ) Não

Projeto de acolhimento: etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos.

2. Existe projeto de acolhimento ?  
( ) Sim ( ) Não

3. Caso afirmativo, os usuários são atendidos e registrados conforme protocolo mencionado?  
( ) Sim ( ) Não

4. Ocorreu redução no tempo de espera para 30 minutos ou menos?  
( ) Sim ( ) Não

5. As urgências (casos agudos) são atendidas antes de 30 min?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Quantos

6. Existe um protocolo para o cuidado/atenção domiciliar, com diretrizes ?  
( ) Sim ( ) Não

7. Os **encaminhamentos** são **preenchidos** conforme protocolo e **consultas** estas são em **até 60 dias**?  
( ) Sim ( ) Não / ( ) Sim ( ) Não

8. No período de **um mês**, com relação aos usuários acolhidos, com casos **não** agudos que procuram a Unidade Local de Saúde(ULS).

Tipo encaminhamento	Não agudo			
	Sem risco*	Com risco*	Sem risco*	Com risco*
Consultas agendadas na ULS				
Somente encaminhamentos sem consulta referenciada				
Encaminhamentos com consulta referenciada				
	Presença		Ausência (falta)	

\*os usuários com risco pertencem a um grupo de: gestantes, idoso, portadores de deficiência e neoplasia e outros.

9. No período de **um mês**, com relação aos usuários acolhidos, com casos **agudos** que procuram a Unidade Local de Saúde(ULS).:

Tipo encaminhamento	Agudo			
	Sem risco*	Com risco*	Sem risco*	Com risco*
Pronto atendimento de urgência/emergência				
Consultas agendadas na ULS				
Somente encaminhamentos sem consulta referenciada				
Encaminhamentos com consulta referenciada				
	Presença		Ausência (falta)	

\*os usuários com risco pertencem a um grupo de: gestantes, idoso, portadores de deficiência e neoplasia e outros.

10. Existem atividades disponibilizadas aos grupos de risco? Qual a participação mensal?

( ) Sim ( ) Não ( ) Quantos

### **DIREITO DOS USUÁRIOS, CONTROLE SOCIAL E IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

11. As informações são afixadas em local visível?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, marcar a existência dos itens abaixo relacionados:

( ) vinculação do Serviço ao SUS;

( ) identificação dos setores, nome dos trabalhadores e responsáveis, horário de atendimento;

( ) serviços a serem procurados em casos agudos e de urgência nos momentos em que a Unidade estiver fechada;

( ) direitos dos usuários;

( ) horários são pré-agendados possibilitando comunicação com familiares;

( ) ausências temporárias e férias de profissionais;

( ) fluxograma de acolhimento, com critérios e seguimento na rede.

12. Os trabalhadores utilizam crachás para identificação? ( ) Sim ( ) Não

13. Existe material educativo informativo de interesse em saúde disponibilizado para a população da área de abrangência? ( ) Sim ( ) Não

14. Existem Cartilhas (ou equivalentes): sobre o funcionamento do Acolhimento estão disponibilizadas em locais de circulação ? ( ) Sim ( ) Não
15. E cartilhas dos serviços e procedimentos disponíveis na rede para o usuário ?  
( ) Sim ( ) Não
16. Existem boletins informativos (e equivalentes) disponibilizados regularmente em locais de circulação? ( ) Sim ( ) Não
17. Existem estratégias implementadas para possibilitar que o usuário mude de médico nos casos desejados e justificados ? ( ) Sim ( ) Não
18. Existe horário implementado para atendimento ao usuário, por telefone, para orientações sobre situações que não carecem de ir ao Serviço? ( ) Sim ( ) Não
19. Qual o nº. de Projetos implementados no âmbito da promoção à saúde, contemplando objetivos/metapas e indicadores de avaliação? ( ) Sim ( ) Não ( ) Quantos
20. Qual nº. de Projetos implementados de ações conjuntas com instituições e entidades locais, conforme necessidades identificadas nos diagnósticos coletivos e demandas apresentadas pelas instituições e/ou população? ( ) Sim ( ) Não ( ) Quantos
21. Quantas atividades de promoção estão funcionando junto as salas de espera e outros espaços da Unidade, direcionadas para os usuários que aguardam atendimento e abertas para a comunidade em geral ? ( ) Sim ( ) Não ( ) Quantas
22. Existem alguns projetos desenvolvidos no Serviço por voluntários da comunidade ?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Quantos
23. Existe um número de pessoas da comunidade atuando como voluntários na Unidade em projetos ou atividades de promoção da saúde, educativas, de lazer e cultura ?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Quantas
24. Ações de vigilância sanitária foram implementadas nos locais de prestação de serviços à população da área de abrangência ? ( ) Sim ( ) Não ( ) Quantas
25. Há algumas rádios comunitárias (ou iniciativas similares de comunicação) implantadas com participação da Unidade de Saúde ? ( ) Sim ( ) Não ( ) Quantas
26. Com relação a formação de agentes multiplicadores de atividades promocionais e de comunicação. Existe um número de oficinas implementadas?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Quantas
27. São realizadas atividades lúdicas e de lazer programadas para acontecerem regularmente através do Serviço: jogos coletivos, teatro, vídeos, grupos de passeios em espaços culturais, comemorações de aniversários e outros ?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Quantas

28. Existe um número de propostas implementadas de atenção a segmentos populacionais “estratégicos” e/ou em situações especiais de agravos, com plano de ação incluindo objetivos/metastas e indicadores de acompanhamento e avaliação de resultados ? ( ) Sim ( ) Não ( ) Quantas
29. São realizadas reuniões mensais com familiares de usuários ? ( ) Sim ( ) Não ( ) Quantas
30. Existem mecanismos implementados de comunicação e justificativa formal ao usuário sobre as razões de suspensão de procedimentos agendados ? ( ) Sim ( ) Não ( ) Quantos
31. Há uma estratégia implementada de informação atualizada sobre os quantitativos e custos de insumos envolvidos nos tratamentos e procedimentos realizados na ULS? ( ) Sim ( ) Não
32. Os usuários/familiares são informados sobre custos do tratamento (destacando insumos mais significativos)? ( ) Sim ( ) Não
33. Existe um número estratégias implementadas de divulgação dos resultados do acolhimento quanto à redução de filas e do tempo de espera, seguindo-se avaliação de necessidades e de riscos ? ( ) Sim ( ) Não ( ) Quantas
34. Existe um serviço implementado para Escuta dos usuários? ( ) Sim ( ) Não
35. Ocorre a divulgação dos resultados/avaliações? ( ) Sim ( ) Não
36. Existe um número de aumento ou redução de reclamações recebidas? ( ) Sim ( ) Não ( ) Quantidade aumento ( ) Quantidade redução
37. Existe um número de reclamações e elogios recebidos de usuários? ( ) Sim ( ) Não ( ) Quantidade reclamação ( ) Quantidade elogios
38. As respostas são providenciadas em 15 dias ou menos? ( ) Sim ( ) Não
39. As soluções são consideradas satisfatórias pelos usuários dentre as respostas providenciadas pelo Serviço de Escuta ? ( ) Sim ( ) Não
40. Existe processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos usuários, com plano de divulgação e discussão com usuários e trabalhadores? ( ) Sim ( ) Não
41. Existem pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação de usuários ? ( ) Sim ( ) Não
42. Existe processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação dos usuários, com plano e prazos e correções e adequações ? ( ) Sim ( ) Não
43. Existe um número de redução de queixas nos meios de comunicação? ( ) Sim ( ) Não ( ) Porcentagem

**ADEQUAR ÁREAS FÍSICAS (SEGUINDO O CONCEITO DE AMBIÊNCIA NOS PROJETOS ARQUITETÔNICOS), E PROVISÃO DE RECURSOS MATERIAIS E INSUMOS**

44. Existe um Projeto Arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes?  
 Sim       Não

Se existe este projeto, considera que itens abaixo:

- Sinalização adequada, com identificação dos setores e orientando a movimentação geral do usuário no Serviço.
- Acesso para deficientes.
- Salas de espera com ambiente acolhedor, assentos em número suficiente, equipamento audiovisual ativo, e com disponibilidade de brinquedos nos casos de serviços para crianças.
- Área de recepção com espaço suficiente e disposição adequada de modo a permitir fácil movimentação do usuário e trabalhadores.
- Consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva.
- Instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e com higienização constante.
- Sala de reuniões.
- Sistema de telefonia que atenda de modo suficiente às necessidades do usuário e dos trabalhadores.
- Equipamentos e instalações atendendo às normas de segurança e higiene previstas em legislações específicas.
- Disponibilidade de vestuário e equipamentos de proteção individual para os trabalhadores.
- Certificados atualizados de qualidade da água consumida .
- Armazenamento e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos.

45. Existem telefones públicos instalados nas dependências da Unidade ?  
 Sim       Não       Quantos

46. São realizadas reformas específicas e incorporação de materiais complementares para os serviços, atrelados a projetos e atividades específicos ?  
 Sim       Não

47. Existem materiais, equipamentos e insumos de rotina indisponíveis no serviço ?  
 Sim       Não       Quantos

48. Existe um número de equipamentos danificados ?  
 Sim       Não       Quantos

49. Qual o tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais ?  
 Dias       Meses

## Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
MESTRADO EM ODONTOLOGIA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Franklin Gilvanni de Castro Henriques e estou desenvolvendo a pesquisa **“Humanização da Atenção à Saúde: um estudo de caso sobre o serviço de saúde de um município em Santa Catarina”**.

A presente pesquisa pretende levantar o modelo de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São José sob o ponto de vista da humanização. O estudo do caso será realizado com os Coordenadores das Unidades de Saúde da rede pública através da aplicação de um formulário que não trará nenhum risco ou desconforto ao participante. Será garantido sigilo, assegurando a privacidade dos participantes da pesquisa quanto aos dados envolvidos na pesquisa. Cada participante poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, exceto quando os dados já estiverem publicados.

Esperamos que os resultados nos permitam elaborar sugestões adequadas objetivando contribuir para a melhoria dos serviços públicos. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (0\*\*48) 3246.7742. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e somente serão utilizadas neste trabalho.

Pesquisador Principal \_\_\_\_\_  
Franklin Gilvanni de Castro Henriques

Pesquisadora Responsável \_\_\_\_\_  
Profª. Dayane Machado Ribeiro, Dra.

Consentimento Pós-Informação

**Eu, \_\_\_\_\_, Coordenador da Unidade de Saúde fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “Humanização da Atenção à Saúde: um estudo de caso sobre o serviço de saúde de um município em Santa Catarina”, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.**

São José, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Assinatura \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Apêndice C – Código de situação do setor / Classificação IBGE pág. 25 e 26

Instituto Brasileiro e Geografia e Estatística - IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações Censo Demográfico 2000. Agregado por Setores Censitários dos Resultados do Universo. Documentação do Arquivo.

---

Páginas 25 e 26

## **5 Cadastro de áreas e identificação dos itens geográficos**

### **5.18 Código de situação do setor**

Indica o código numérico de situação do setor. Possui 1 dígito.

- Situação urbana – códigos: 1, 2 ou 3
  - 1 - Área urbanizada de cidade ou vila
  - 2 - Área não-urbanizada de cidade ou vila
  - 3 - Área urbana isolada
- Situação rural – códigos: 4, 5, 6, 7 ou 8
  - 4 - Aglomerado rural de extensão urbana
  - 5 - Aglomerado rural isolado - povoado
  - 6 - Aglomerado rural isolado - núcleo
  - 7 - Aglomerado rural isolado - outros aglomerados
  - 8 - Zona rural, exclusive aglomerado rural

## Apêndice D

Valores e percentuais, distribuídos em itens de 11 a 43 (APÊNDICE A), agrupados nas respectivas categorias de Unidades Locais de Saúde (ULS), com referência a humanização do serviço, destacando os **direitos dos usuários, controle social e implementação de ações no âmbito da promoção de saúde**. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

Característica	ni/nj	%
<b>11 - As informações são afixadas em local visível?</b>		
Urbanizada	8/8	100
Urbana Isolada	5/5	100
Mista	6/6	100
Total ULS	19/19	100
<b>12 - Os trabalhadores utilizam identificação?</b>		
Urbanizada	2/8	25
Urbana Isolada	4/5	80
Mista	1/6	17
Total ULS	7/19	37
<b>13 - Material educativo informativo em saúde?</b>		
Urbanizada	7/8	88
Urbana Isolada	5/5	100
Mista	6/6	100
Total ULS	18/19	95
<b>14 - Cartilhas sobre o Acolhimento circulação?</b>		
Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	1/6	17
Total ULS	1/19	5
<b>15 - Cartilhas dos serviços e procedimentos?</b>		
Urbanizada	1/8	13
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	3/6	50
Total ULS	4/19	21

**16 - Boletins informativos em locais de circulação?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	1/6	17
Total ULS	1/19	5

**17 - Estratégia/possibilite mudança de médico nos casos desejados e justificados ?**

Urbanizada	3/8	38
Urbana Isolada	5/5	100
Mista	6/6	100
Total ULS	14/19	74

**18 - Atendimento ao usuário, por telefone, situações que não carecem de ir ao Serviço?**

Urbanizada	5/8	63
Urbana Isolada	4/5	80
Mista	6/6	100
Total ULS	15/19	79

**19 - Projetos implementados no âmbito da promoção à saúde, contemplando objetivos/metast e indicadores de avaliação**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	1/6	17
Total ULS	1/19	5

**20 - Projetos implementados de ações conjuntas com instituições e entidades locais, conforme necessidades identificadas nos diagnósticos coletivos e demandas apresentadas pelas instituições e/ou população?**

Urbanizada	4/8	50
Urbana Isolada	4/5	80
Mista	4/6	67
Total ULS	12/19	63

**21 - Atividades de promoção estão funcionando junto as salas de espera e outros espaços da Unidade, direcionadas para os usuários que aguardam o atendimento e abertas para a comunidade em geral ?**

Urbanizada	3/8	38
Urbana Isolada	3/5	60
Mista	2/6	34
Total ULS	8/19	42

**22 - Projetos desenvolvidos no Serviço por voluntários da comunidade ?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	0/6	0
Total ULS	0/19	0

**23 - Pessoas da comunidade atuam voluntários?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	0/6	0
Total ULS	0/19	0

**24 - Ações de vigilância sanitária foram implementadas nos locais de prestação de serviços ?**

Urbanizada	2/8	25
Urbana Isolada	5/5	100
Mista	2/6	35
Total ULS	9/19	47

**25 - Rádios comunitárias implantadas com participação da Unidade de Saúde ?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	0/6	0
Total ULS	0/19	0

**26 - Formação de agentes multiplicadores de atividades promocionais e de comunicação.**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	0/6	0
Total ULS	0/19	0

**27 – São realizadas atividades lúdicas e de lazer programadas para acontecerem regularmente através do serviço?**

Urbanizada	4/8	50
Urbana Isolada	3/5	60
Mista	2/6	35
Total ULS	9/19	47

**28 - Plano de ação/populações “estratégicas” e/ou em situações especiais de agravos ?**

Urbanizada	3/8	33
Urbana Isolada	3/5	60
Mista	4/6	67
Total ULS	10/19	53

**29 - São realizadas reuniões mensais com familiares de usuários ?**

Urbanizada	2/8	25
Urbana Isolada	3/5	60
Mista	1/6	17
Total ULS	6/19	32

**30 - Comunicação e justificativa sobre suspensão de procedimentos agendados ?**

Urbanizada	4/8	50
Urbana Isolada	4/5	80
Mista	6/6	100
Total ULS	14/19	74

**31 - Informação: quantitativo e custos de insumos envolvidos nos tratamentos e procedimentos?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	0/6	0
Total ULS	0/19	0

**32 - Os usuários e familiares são informados sobre custos do tratamento ?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	0/6	0
Total ULS	0/19	0

**33 - Divulgação dos resultados do acolhimento quanto à redução de filas e do tempo de espera?**

Urbanizada	1/8	13
Urbana Isolada	2/5	40
Mista	1/6	17
Total ULS	4/19	21

**34 - Existe um serviço implementado para Escuta dos usuários?**

Urbanizada	8/8	100
Urbana Isolada	5/5	100
Mista	6/6	100
Total ULS	19/19	100

**35 - Ocorre a divulgação dos resultados/avaliações?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	0/6	0
Total ULS	0/19	0

**36 -Existe nº aumento/redução de reclamações recebidas?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	2/6	34
Total ULS	2/19	11

**37 - Existe nº reclamações/elogios recebidos de usuários?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	3/6	50
Total ULS	3/19	16

**38 -As respostas são providenciadas em 15 dias ou menos?**

Urbanizada	8/8	100
Urbana Isolada	5/5	100
Mista	6/6	100
Total ULS	19/19	100

**39 - As soluções são consideradas satisfatórias pelos usuários providenciadas pelo Serviço de Escuta ?**

Urbanizada	1/8	13
Urbana Isolada	1/5	20
Mista	2/6	34
Total ULS	4/19	21

**40 -Processo de avaliação de satisfação dos usuários, divulgação e discussão com usuários e trabalhadores?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	1/6	17
Total ULS	1/19	5

**41 -Pesquisa avaliativa (externos) satisfação de usuários ?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	1/6	17
Total ULS	1/19	5

**42 - Processo para análise e encaminhamentos dos pontos críticos após as avaliações de satisfação?**

Urbanizada	0/8	0
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	1/6	17
Total ULS	1/19	5

**43 -Existe um número de redução de queixas nos meios de comunicação?**

Urbanizada	6/8	75
Urbana Isolada	4/5	80
Mista	4/6	67
Total ULS	14/19	74

---

## Apêndice E

Valores percentuais de humanização nas Unidades Locais de Saúde (ULS) por categorias, com relação a **ambiência do local de serviço**, no período de um mês. S.M.S. - S.J./SC, 2007.

Característica	n	%
<b>44 - Existe um Projeto Arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes?</b>		
Urbanizada	7/8	88
Urbana Isolada	5/5	100
Mista	5/6	83
Total ULS	17/19	89
<b>44 a - Sinalização adequada, identificação dos setores e orientando a movimentação geral do usuário no Serviço</b>		
Urbanizada	7/8	88
Urbana Isolada	3/5	60
Mista	4/6	67
Total ULS	14/19	74
<b>44 b - Acesso para deficientes</b>		
Urbanizada	6/8	75
Urbana Isolada	4/5	80
Mista	4/6	67
Total ULS	14/19	74
<b>44 c - Salas de espera com ambiente acolhedor, assentos em número suficiente</b>		
Urbanizada	3/8	38
Urbana Isolada	2/5	40
Mista	2/6	33
Total ULS	7/19	37
<b>44 d - Área de recepção com espaço suficiente e disposição adequada de modo</b>		
Urbanizada	3/8	38
Urbana Isolada	3/5	60
Mista	3/6	50
Total ULS	9/19	47

---

**44 e - Consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva.**

<b>Urbanizada</b>	7/8	88
Urbana Isolada	3/5	60
Mista	4/6	67
Total ULS	14/19	74

**44 f - Instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e com higienização constante.**

Urbanizada	3/8	38
Urbana Isolada	2/5	40
Mista	3/6	50
Total ULS	8/19	42

**44 g - Sala de reuniões.**

Urbanizada	4/8	50
Urbana Isolada	1/5	20
Mista	1/6	17
Total ULS	6/19	32

**44 h - Sistema de telefonia que atenda de modo suficiente às nec do usuário e dos trabalhadores.**

Urbanizada	2/8	25
Urbana Isolada	3/5	60
Mista	2/6	33
Total ULS	7/19	37

**44 i - Equip e inst atendendo às normas de segurança e higiene previstas em legislações específicas**

Urbanizada	3/8	38
Urbana Isolada	2/5	40
Mista	4/6	67
Total ULS	9/19	47

**44 j - Disponibilidade de vestuário e equipamentos de proteção individual para os trabalhadores.**

Urbanizada	5/8	63
Urbana Isolada	2/5	40
Mista	4/6	67
Total ULS	11/19	58

---

---

**44 k - Certificados atualizados de qualidade da água consumida**

Urbanizada	6/8	75
Urbana Isolada	5/5	100
Mista	6/6	100
Total ULS	17/19	89

**45 - Armazenamento e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos**

Urbanizada	1/8	13
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	3/6	50
Total ULS	4/19	21

**46 - Existem telefones públicos instalados nas dependências da Unidade ?**

Urbanizada	5/8	63
Urbana Isolada	1/5	20
Mista	4/6	67
Total ULS	10/19	53

**47 - São realizadas reformas específicas e incorporação de materiais complementares para os serviços, atrelados a projetos e atividades específicos ?**

Urbanizada	4/8	50
Urbana Isolada	0/5	0
Mista	1/6	17
Total ULS	5/19	26

**48 - Existem materiais, equipamentos e insumos de rotina indisponíveis no serviço ?**

Urbanizada	6/8	75
Urbana Isolada	5/5	100
Mista	6/6	100
Total ULS	17/19	89

**49 - Existe um número de equipamentos danificados ?**

Urbanizada	6/8	75
Urbana Isolada	5/5	100
Mista	5/6	83
Total ULS	16/19	84

---

## Apêndice F – Glossário

**Acolhimento** - Estratégia fundamental, que consiste na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade. Tem como eixo estimular e promover reflexões e ações de Humanização dos Serviços de Saúde, fundamentadas na ética e na cidadania. (DeCS/BVS, 2007b).

**Atenção** - Ato de focalizar certos aspectos da experiência atual e excluir outros. É o ato de levar em consideração, de notar ou de se concentrar. (DeCS/BVS, 2007b).

**Controle Social** - As idéias de participação e controle social estão intimamente relacionadas: por meio da participação na gestão pública, os cidadãos podem intervir na tomada da decisão administrativa, orientando a Administração para que adote medidas que realmente atendam ao interesse público e, ao mesmo tempo, podem exercer controle sobre a ação do Estado, exigindo que o gestor público preste contas de sua atuação (Controladoria-Geral da União, 2007).

**Educação continuada** - Segundo Ricas (1994), a educação continuada “englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais”. De alguma forma, todos nós temos experiências com iniciativas de educação continuada. Inscrevemo-nos em cursos, congressos e eventos por interesses pessoais e profissionais. Outras vezes, a instituição em que trabalhamos promove e organiza eventos de treinamento para diferentes categorias profissionais dos serviços, às vezes autorizando-os e apoiando-os para que realizem cursos fora da sede do município, do estado ou do país. (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

**Educação permanente em Saúde (EPS)** - Rovere (1994) sintetiza a EPS como “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população”. A EPS tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

**Gerência** - Entendida como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc); que se caracterizam como prestadores do Sistema (SCOTTI, 1996).

**Gestão** – Entendida como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (SCOTTI, 1996).

**Promoção da saúde** - “É o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OPAS, 1986).

Apêndice G – Figuras com a Fachada das 19 Unidades Locais de Saúde (ULS)



Apêndice H – Figuras das ULS, quando da visita feita pelo pesquisador a para entrevista

