



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO**

**RÍVIA PALOMA PEREIRA SILVA**

**O PROGRAMA HUMANIZA SUS EM SALVADOR / BA:  
UM ESTUDO DE CASO**

Salvador  
2007

**RÍVIA PALOMA PEREIRA SILVA**

**O PROGRAMA HUMANIZA SUS EM SALVADOR / BA:  
UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentado ao Departamento de Ciências da Vida/Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito final para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Msc. Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

Salvador  
2007

FICHA CATALOGRÁFICA – Biblioteca Central da UNEB  
Bibliotecária: Jacira Almeida Mendes – CRB: 5/592

Silva, Rívia Paloma Pereira

O programa humaniza SUS em Salvador /BA : um estudo de casos / Rívia Paloma Pereira  
Silva. – Salvador, 2007.

60f.

Orientadora: Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira .

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado da Bahia.  
Departamento de Ciências da Vida. Colegiado de Enfermagem. Campus I. 2007.

Contém referências e apêndices.

1. Sistema Único de Saúde - Brasil. 2.Humanização dos serviços de saúde - Salvador(BA).  
3. Saúde Pública - Brasil. I. Pereira, Ana Paula Chancharulo de Moraes. II. Universidade do  
Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida..

CDD: 362.1098142

**Rívia Paloma Pereira Silva**

**O PROGRAMA HUMANIZA SUS EM SALVADOR / BA:  
UM ESTUDO DE CASO**

**Trabalho de Conclusão de Curso Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

***BANCA EXAMINADORA***

---

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>.Msc. Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira  
***Universidade do Estado da Bahia – UNEB***

---

**Examinadora:** Prof<sup>ª</sup>.Msc. Rosana Machado Lopes Martinho

---

**Examinador:** Prof<sup>ª</sup>.Msc. Joana Angélica Teles Santana  
***Universidade do Estado da Bahia – UNEB***

## DEDICATÓRIA

À minha mãe **Lourdinha**, presença constante em minha vida,  
Ao meu pai **Marivaldo**, por tudo que fez por mim até seus últimos dias de vida e de quem  
tenho muitas saudades.

À minha irmã **Bianca** pelo seu companheirismo,  
A **Zeca**, nosso animalzinho de estimação, pela alegria que traz a nossa casa todos os dias.

E a minha sobrinha **Analú**, que apesar de ainda não ter nascido, trouxe renovações de  
esperanças para os nossos corações.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao final deste trabalho, não poderia deixar de agradecer aqueles que de alguma forma contribuíram para o seu sucesso:

Agradeço acima de tudo a Deus por me guiar na construção deste trabalho.

Agradeço aos mestres que me orientaram, exigindo sempre o melhor de mim.

Agradeço, especialmente, aos meus pais, pois sem eles eu não existiria: À minha mãe pela paciência e palavras de conforto nas horas de desespero. Ao meu pai que, do céu, ao lado de Deus, iluminava meus caminhos.

Aos meus amigos, agradeço, por compreenderem a minha falta nos momentos em que estive ausente, me dedicando, na elaboração deste estudo.

*Ora, uma política de humanização consistente não é nada mais – e nada menos – que uma rede de amparo e contenção para os pacientes e para os profissionais que nela se acham implicados e, nesta exata medida, surge como uma instância de libertação real de seus sujeitos.*

*Reis, Marazina & Gallo (2004)*

## RESUMO

A partir da criação da Política Nacional de Humanização pelo Ministério da Saúde, houve a criação em cada município de um plano para acolher a população que busca o serviço público de saúde. O presente trabalho trata-se de um estudo de caso, descritivo, de abordagem qualitativa onde se pretende analisar a operacionalização do Humaniza SUS em uma unidade básica de saúde em Salvador. Foi escolhido como local do estudo o CSU de Pernambués, situado no Distrito Sanitário Cabula-Beirú. Durante o mês de agosto de 2007, foi realizada a coleta de dados, composta pelas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde da recepção e com os usuários, e observação direta. Na análise dos dados, a partir da classificação das falas dos sujeitos da pesquisa, foram levantadas categorias como acesso, acolhimento, processo de trabalho em saúde, resolutividade e vínculo. Observou-se que fatores como, a distância da unidade a casa dos usuários, a condição econômica de quem utiliza o serviço, o tipo de atendimento oferecido pela unidade, as facilidades para marcação das consultas, a existência de filas, os tipos de profissionais que trabalham na unidade, são fatores que facilitam o acolhimento e contribuem para o programa Humaniza SUS. Em contrapartida, também foram identificados fatores que ainda precisam ser superados para que se possa garantir o sucesso do programa, entre eles pode-se citar: a estrutura da unidade, a marcação em longo prazo para algumas consultas, a falta de uma comissão de acolhimento com definição de prioridades, o tratamento dado por alguns profissionais e a falta de capacitação dos mesmos. Após a análise dos dados, foram divulgados os resultados encontrados e feitas algumas sugestões sobre o tema.

Palavras - chave: Humanização; SUS; Acesso; Acolhimento; Processo de trabalho em saúde.

## ABSTRACT

From the creation of the National Politics of Humanization for the Ministry of Health, there was the creation in each local authority of a plan to welcome the population that looks for the Civil Service of health. The present work is treated as a case study, descriptively, of qualitative approach where there claims to be examine the operation of the Humaniza SUS in a basic unity of health in Savior. It was chosen like place of the study the CSU of Pernambués, situated in the Sanitary District Cabula-Beirú. During the August of 2007, there was carried out the collection of data, composed by the interviews semi-structured with the professionals of health of the reception and with the users, and straight observation. In the analysis of the data, from the classification of the words of the subjects of the inquiry, categories were lifted like access, welcome, process of work in health, resolutividade and bond. there was noticed which factors like, the distance of the unity to house of the users, the economical condition of the one who uses the service, the type of service offered by the unity, the facilities for marking of the consultations, the existence of lines, the professionals' types that work in the unity, are factors that make easy the welcome and contribute to the program It humanizes SUS. In counterentry, also there were identified factors that still need to be surpassed so that it is possible to guarantee the success of the program, between them it is possible to quote: the structure of the unity, the marking in long term for some consultations, the lack of a commission of welcome with definition of priorities, the treatment given by some professionals and the lack of training of same. After the analysis of the data, the results considered were spread and when some suggestions were done on the subject.

Words - key: Humanization; SUS; Access; Reception; Process of working on health;

## IDENTIFICAÇÃO DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Caracterização dos profissionais envolvidos com o Humaniza SUS no CSU de Pernambués durante o mês de agosto de 2007	<b>23</b>
<b>Quadro 2</b> – Caracterização dos usuários que participaram das entrevistas realizadas durante o período de agosto de 2007	<b>24</b>
<b>Quadro 3</b> – Categorização das falas dos entrevistados	<b>30</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
1.1 Objetivo geral	13
1.2 Objetivos específicos	13
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	15
<b>4 METODOLOGIA</b>	22
4.1 Desenho do Estudo	22
4.2 Sujeitos da Pesquisa	22
4.3 Local do Estudo	25
4.4 Coleta de Dados	26
4.5 Plano de análise	28
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS</b>	30
5.2 Categoria Acesso	30
5.2.1 Subcategoria Acesso Geográfico	31
5.2.2 Subcategoria Acesso Econômico	32
5.2.3 Subcategoria Acesso Funcional	33
5.3 Categoria Acolhimento	37
5.3.1 Subcategoria Facilidades para o Acolhimento	37
5.3.2 Subcategoria Dificuldades para o Acolhimento	39
5.4 Categoria Resolutividade	41
5.4.1 Subcategoria Resolutividade Presente	41
5.4.2 Subcategoria Resolutividade Ausente	42
5.5 Categoria Processo de Trabalho em Saúde	43
5.5.1 Subcategoria Processo de Trabalho Centralizado no Médico	43
5.5.2 Subcategoria Processo de Trabalho Centralizado na Equipe Multiprofissional	44
5.6 Categoria Vínculo	46
5.6.1 Subcategoria Vínculo relacionado ao tempo que frequenta a unidade	46
5.6.2 Subcategoria Vínculo relacionado à confiança nos profissionais	47
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	48
<b>REFERÊNCIAS</b>	50
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO</b>	53
<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista para Profissionais de Saúde.</b>	54

<b>APÊNDICE C</b> – Roteiro de Entrevista para os Usuários do Serviço.	56
<b>APÊNDICE D</b> – Roteiro de Observação.	58
<b>ANEXO A</b> - Tabelas do Projeto Ampliação do acesso e melhoria do acolhimento na atenção básica de Salvador	59

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de humanização da saúde tem sido discutido desde a origem do movimento da reforma sanitária, quando se firmou um novo conceito de saúde e a necessidade de promover aos indivíduos fatores condicionantes e determinantes de saúde como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (REIS, MARAZINA E GALLO, 2004). Os primeiros esforços para a humanização em saúde aconteceram em direção à reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial que possibilitaram um aprofundamento nas discussões sobre as relações estabelecidas entre os profissionais da saúde e os usuários do serviço (REIS, MARAZINA e GALLO, 2004).

O Programa Humaniza SUS instituído pelo Ministério da Saúde, ganhou a dimensão de Política Nacional de Humanização (PNH), tendo como objetivo principal disponibilizar para a população um serviço de saúde digno e humanizado. Com a difusão deste programa pelo país, a Humanização passou a ser entendida como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2004, p.8).

Nesse sentido, a criação do Humaniza SUS vai além de um simples programa de acolhimento do usuário da rede básica. O Humaniza SUS tem como intenção alertar os profissionais sobre a importância de se humanizar um atendimento em saúde para melhorar a qualidade da assistência, e desta forma alcançar os resultados esperados (BRASIL, 2004).

Por acolhimento entende-se o estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela implicando mudanças na “porta de entrada” da população aos serviços, na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na “releitura” das necessidades sociais de saúde da população (TEIXEIRA, 2002).

Araújo & Leitão (2005) apontam as desigualdades de acesso como um dos principais problemas enfrentados pelo poder público, apesar do Estado garantir constitucionalmente o acesso universal ao Sistema Único de Saúde brasileiro para todas as pessoas, sem discriminação de qualquer natureza. Entende-se que garantir o acesso seja o primeiro passo em direção a humanização do atendimento.

Por exemplo, no Brasil existem diferenças marcantes nas taxas de utilização dos serviços de saúde, gerando graves desigualdades de acesso e refletindo nas desigualdades

sociais. O acesso aos serviços de saúde, não acontece de forma homogênea nas diversas regiões do país e nos diversos segmentos populacionais (ARAÚJO; LEITÃO, 2005).

Nesse sentido, uma das possibilidades para edificar novas formas de se fazer saúde, seria a potencialização do dispositivo acolhimento, articulado ao estabelecimento de vínculo entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema de saúde, em busca da humanização do atendimento. A unidade de saúde passaria a organizar sua demanda, de acordo com as necessidades e prioridades e, não somente, por meio da ordem de chegada; evitando, na medida do possível, filas desnecessárias e perda de tempo (SANTOS *et al*, 2007).

Entretanto, o conceito de acesso aos serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso (PINHEIRO *et al*, 2002). Por isso, estes autores afirmam que a alta prevalência de atendimento pode indicar que as barreiras de acesso aos serviços de saúde são pequenas, em contrapartida, o elevado percentual de não procura face às necessidades percebidas sugere que as barreiras de acesso são anteriores e dependem da oferta.

Um estudo realizado no Brasil revelou que as mulheres procuram regularmente um serviço de saúde mais que os homens (73,6% e 68,7%, respectivamente). Essa prática também é comum entre as crianças e os idosos. O percentual de pessoas que referem uso de serviço regular é cerca de 10% maior na região urbana para os dois sexos do que na zona rural (PINHEIRO *et al*, 2002).

Segundo Solla (2005), alguns municípios apresentam bons avanços no que diz respeito à implantação e consolidação do Humaniza - SUS. Por exemplo, o município de Vitória da Conquista, na Bahia, implantou na rede municipal de saúde ações como a escuta atenta, identificação de demandas, respostas adequadas aos pacientes pelos trabalhadores de saúde, adequação da estrutura física das unidades de saúde, oferta de ações programáticas e ainda, possibilitou a realização de pequenos procedimentos e pequenas urgências, além da implantação de conselhos locais de saúde nas unidades básicas.

O município de Salvador implantou em 2005 o Humaniza SUS na rede básica de atendimento, através da implementação do Plano de Acolhimento para a Melhoria da Acessibilidade na Atenção Básica, que tem como princípios norteadores o não rechaço à demanda; a escuta sensível e qualificada; e a redefinição de fluxo. Entre seus objetivos estão à implantação do sistema de marcação permanente de consultas; extinção das filas evitáveis; promoção de uma maior integração das equipes das unidades básicas de saúde, aumentando o

seu envolvimento com o projeto; identificação dos pontos de investimento no processo de comunicação e relacionamento interpessoal (ISC/SMS Salvador, 2006).

O referido plano de acolhimento para o município de Salvador é uma proposta de adequação da Política Nacional de Humanização ao nível local, baseando-se nos problemas apresentados pelas unidades básicas de saúde quanto à dificuldade de acesso dos usuários aos serviços. Dentre as barreiras de acesso identificadas estão: o longo tempo de espera na fila; a limitação dos dias para a marcação de consulta; a escassez ou a falta de informação sobre os dias de marcação de consulta; a ausência ou número limitado de vagas; o longo período de espera entre a marcação e a realização da consulta; dificuldades na relação entre profissionais e usuários (descaso, desatenção, desrespeito) (ISC/SMS Salvador, 2006).

O interesse em estudar o tema proposto surgiu através da minha participação nas diversas discussões em sala de aula sobre a necessidade de se humanizar a assistência em saúde para melhorar a qualidade dos serviços prestados; como também através da vivência ora como estagiária na rede básica de saúde de Salvador e ora como usuária dos serviços de saúde; além da minha experiência como ouvinte em um seminário sobre a avaliação das práticas de acolhimento no município de Salvador.

Diante do exposto, pretende-se responder a seguinte pergunta de investigação: Como ocorre à Humanização do atendimento em uma Unidade Básica de Saúde no município de Salvador/Bahia? Tendo em vista compreender em que medida a política de humanização local tem melhorado o acesso dos usuários na atenção básica.

O referido estudo pretende contribuir com a difusão do conhecimento sobre humanização e, particularmente, para divulgar a experiência local do Humaniza SUS em Salvador.

## 1.1 Objetivo geral

- Analisar a operacionalização do Humaniza SUS em uma unidade básica de saúde em Salvador/Bahia.

## 1.2 Objetivos específicos

- Descrever as ações implantadas para a humanização do atendimento em uma unidade básica de saúde em Salvador/Bahia.
- Identificar as facilidades e dificuldades de acesso a uma unidade básica de saúde em Salvador/Bahia.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente, a humanização é uma das políticas públicas prioritárias do setor saúde em nosso país. O conceito de saúde instituído pela Organização Mundial da Saúde, em 1948, foi um marco para desencadear esse processo, pois, apesar de não ser mais utilizado, esse conceito permitiu pensar em saúde não como a ausência de doença, mas como um completo bem-estar físico, mental e social (REIS, MARAZINA e GALLO, 2004).

A reforma sanitária brasileira buscou a democratização da saúde, a qual foi legitimada através da constituição de 1988 e das leis orgânicas da saúde 8.080/90 e 8.142/90 que subescreveram o princípio da Universalização do acesso, o qual garantia teoricamente o acesso à saúde a todas as pessoas sem discriminação. Nesse particular, o SUS buscava a ampliação do acesso e da qualidade das ações e dos serviços de saúde. Porém, alguns estudos revelam que o acesso aos serviços de saúde não é igual para os diversos demandantes (GODDARD; SMITH, 2001).

Segundo Paim (2002) o Sistema Único de Saúde (SUS) destinado a toda população corresponde à única possibilidade de atenção à saúde para mais de 140 milhões de brasileiros com baixos rendimentos, empregos precários ou desempregados. Para este autor, o acesso e a qualidade das ações e serviços são condicionados pela distribuição desigual da infra-estrutura do sistema de serviço de saúde e pelos demais elementos que o estruturam.

Para Heimann e Mendonça (2005), a adoção da estratégia de PSF como política nacional estruturada visa à reorganização do SUS e o aprofundamento da municipalização. O PSF contribui para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com estabelecimento de vínculos e definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

O Ministério da Saúde define a Humanização como fator imprescindível para aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS na produção da saúde, o que implica uma mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. E aponta que a humanização da saúde é o eixo de ligação das demais políticas que compõem a rede SUS (BRASIL, 2004).

No setor saúde, a área de saúde mental foi a primeira a sofrer o impacto desse processo. Pois, foi neste setor que ocorreu as primeiras e mais radicais manifestações em prol da humanização da saúde. Reis, Marazina e Gallo (2004) apontam que o processo de

humanização nesse setor se deu através da batalha antimanicomial, com a extinção dos castigos corporais e mentais disfarçados em técnicas terapêuticas, pelo fim do abuso medicamentoso, pela libertação da palavra e abertura da sua escuta, pelo reconhecimento dos direitos dos pacientes e, sobretudo, pelo reordenamento das relações dos profissionais de saúde entre si e de suas relações com os pacientes.

As iniciativas no campo da Saúde Mental, que anteciparam o movimento mais geral da humanização da saúde, se constituíram, antes de tudo, como uma instância de libertação [...] Daí para frente, a saúde como um todo se viu atingida por um movimento libertador iniciado nos porões sombrios onde jaziam os dementes. (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004, p. 5).

Paim (2002) afirma que o modelo de desatenção tem sua expressão evidenciada em um caleidoscópio de maus tratos e de desrespeito ao direito à saúde: filas vergonhosas para assistência médica desde a madrugada ou o dia anterior; descortesia nos guichês dos serviços de arquivo médico e estatístico (SAMES) de hospitais e de unidades de saúde; desatenção de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas pelas doenças; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; disputa por fichas para exames complementares tantas vezes desnecessários; longas esperas em bancos desconfortáveis para a realização de uma consulta ou exame; “via crucis” do paciente entre diferentes unidades de saúde, médicos e especialistas; “cortejo fúnebre” de vans e ambulâncias em frente aos hospitais públicos para transferência de doentes e familiares de outros municípios; pagamento por consulta e exames em clínicas particulares de periferias por preços “módicos” ou “por fora” nos serviços do SUS; mercantilização da doença e do sofrimento por planos de saúde e prestadores privados; discriminação dos usuários do SUS em clínicas e laboratórios contratados ou hospitais universitários e filantrópicos por meio de “dupla entrada” e do confinamento em instalações de segunda categoria.

Nos serviços básicos de saúde observa-se que, segundo Ramos e Lima (2003) há locais com áreas físicas tão pequenas que não dispõem de uma sala de espera, e em alguns casos, mesmo contando com um bom local para espera, não encontraram fórmulas para extinguir as filas, outros ainda em que, pela grande demanda reprimida, existe comercialização de lugar nas filas. Às vezes as condições materiais são boas e busca-se praticar um bom atendimento, mas inexistente qualificação adequada dos funcionários da recepção ou, pelo contrário, monta-se um bom serviço de recepção, triagem e pré-consulta que culmina com um mau atendimento no momento da consulta, na qual se estabelecem relações frias, desumanizadas e de desinteresse.

Camelo e colaboradores (2000) chamam a atenção para que a equipe de saúde não centre suas atividades apenas em procedimentos técnicos, mas que busque refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o usuário e ter uma relação mais próxima com as pessoas que procuram os serviços de saúde.

Diante disso, na tentativa de responder à crise do setor saúde distintas políticas racionalizadoras foram empreendidas. Dentre elas podemos apontar a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 1999, com os objetivos de melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar; recuperar a imagem dos hospitais junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um entendimento baseado na valorização da vida humana e da cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos; desenvolver um conjunto de indicadores/ parâmetros de resultados e sistemas de incentivo ao tratamento humanizado. O objetivo primordial do PNHAH, portanto, era o de promover uma mudança de cultura no atendimento na área hospitalar (BRASIL, 2001 *apud* MARTINS; BÓGUS, 2004).

Em 2000, foi criada a Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) para assegurar a gestante, o recém-nascido e a puérpera um acompanhamento e uma assistência de qualidade, reduzindo, assim, as taxas de morbi-mortalidade materna e peri-natal (BRASIL, 2002).

A política Nacional de Humanização busca recuperar as estratégias isoladas, ampliando a humanização para todo o SUS. Por isso, em 2003, o Ministério da Saúde definiu sete áreas prioritárias de atuação, sendo uma delas a Humanização do Sistema Único de Saúde. Desde então, o Programa de Humanização passou a ser denominado Política Nacional de Humanização (PNH). A proposta inicial foi, então, ampliada, passando a ter como alvo todo o sistema de saúde.

A Política Nacional de Humanização considera, como fundamentais a mudança nos problemas de acesso aos serviços de saúde, tais como a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores, a pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2003).

Pode-se apontar como princípios norteadores da Política de Humanização: a valorização do sujeito social, fortalecendo as relações entre profissionais e usuários, aumentando, portanto, o grau de responsabilidades; co-participação da gestão do trabalho,

possibilitando aos profissionais participarem dos processos de discussão e decisão na produção de saúde; inserção do PNH no conteúdo dos cursos de Educação Permanente e nas instituições formadoras; debate amplo e socializado do PNH; democratização dos serviços e ampliação da atenção integral à saúde; integração de recursos a programas específicos de humanização; e o acompanhamento, monitoramento e avaliação sistemáticos das ações realizadas (BRASIL, 2004).

As Diretrizes gerais da Política Nacional de Humanização almejam a ampliação do diálogo entre os promotores da saúde e a população; o fortalecimento dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH); a estimulação de práticas resolutivas e racionalizadoras; reforçar o compromisso com o social, sensibilizando as equipes de saúde com os problemas intrafamiliares; promoção da saúde; comunicação permanente; e valorização da jornada integral ao SUS (BRASIL, 2004).

A efetuação do PNH depende, necessariamente, de um construir coletivo. Profissionais da saúde, gestores e usuários devem se unir em busca da execução do PNH. Poder articular as diversas iniciativas de humanização, através do diálogo e do interesse entre os atores envolvidos no processo, possibilita pensar no PNH como algo além de uma simples política de saúde (BRASIL, 2004). É pensar na humanização como algo inerente do ser humano, afinal, criar ações para se humanizar o humano se torna, por muitas vezes, redundante.

Após o processo de descentralização e municipalização, cada município passou a ser gestor dos seus serviços de saúde. Isto, teoricamente, permitiria maior resolutividade dos problemas de saúde a nível local, uma vez que, possibilitaria uma melhor compreensão da realidade e melhor capacidade para resolver os problemas de saúde pelos gestores municipais.

Muitos dos municípios que assumiram a gestão plena exercitaram um processo extremamente rico de gestão do sistema de saúde, criaram capacidade de regulação, reorganizaram a rede de serviços, ampliaram capacidade instalada pública, montaram serviços de controle, avaliação e auditoria, criaram sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares, desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais), ampliaram o acesso da população às ações e serviços de saúde, melhoraram a produtividade dos serviços, aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitais e reduziram internações desnecessárias. (SOLLA, 2005, p. 2.)

Alguns municípios já estão bem avançados em relação à política de humanização do atendimento, alcançando bons resultados. Em Salvador, em 2005, foi implantado o Programa Humaniza SUS em toda rede básica e houve a elaboração de um manual voltado para a

operacionalização do Plano de Acolhimento e Melhoria da Acessibilidade para facilitar a incorporação dessa proposta. Segundo o referido documento, o principal objetivo é a melhoria do acesso, visando diminuir o sofrimento humano causado pela existência de filas evitáveis e obstáculos organizacionais à atenção. Assim como, ampliar a oferta e regularizar o abastecimento e criar uma retaguarda hospitalar para dar apoio à atenção básica (SILVA *et al*, 2006).

A proposta é pautada na formação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), com o intuito de oferecer mudanças na cultura organizacional das unidades de saúde. Além disso, implantar um sistema permanente de marcação de consulta; lista de espera e marcação de consulta por telefone. Estas ações articuladas têm como propósito extinguir as filas evitáveis e ampliar o acesso em todos os serviços (SILVA *et al*, 2006).

O GTH pode ser implantado em qualquer serviço da rede SUS e deverá ser formado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre os trabalhadores. Todos podem participar desse grupo, desde trabalhadores de saúde, coordenadores, gestores a usuários. Entretanto, a participação dos gestores mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano de governo (BRASIL, 2006).

A ambiência na saúde é outro mecanismo que deve ser utilizado para se humanizar o atendimento.

Ela refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. (BRASIL, 2006, p.5).

O conceito de ambiência segue principalmente três eixos: o espaço que visa a confortabilidade, individualidade e privacidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos como cor, cheiro, iluminação, som, morfologia, e garantido conforto aos trabalhadores e usuários; o espaço que possibilita o encontro entre os sujeitos, por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; e o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a “otimização” de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. (BRASIL, 2006).

O sistema de marcação de consulta se propõe a funcionar através da marcação permanente, em tempo integral através do telefone ou de forma presencial, sendo que uma modalidade não deve excluir a outra. Com o sistema permanente de marcação de consultas o usuário poderá marcar sua consulta em qualquer dia da semana e no horário de funcionamento da unidade. Para cada profissional, deverão ser agendadas cerca de 80% das consultas. Essa

medida permitirá ao serviço dispor de reserva estratégica de consultas para atender aos casos prioritários. Além da marcação presencial o sistema é aperfeiçoado se a marcação por telefone também estiver disponível. A Secretaria Municipal de Saúde apresentou como proposta implantar uma central de marcação de consultas que atenderá a toda cidade através de um número 0800, com ligação gratuita (SILVA *et al*, 2006).

A elaboração da lista de espera consiste numa estratégia, cuja finalidade é o preenchimento das vagas de usuários que não compareceram ao atendimento previamente agendado. Isto preserva a produtividade da unidade em termos do número de consultas realizadas; por outro lado, oferece ao usuário a possibilidade de conseguir vir a ser atendido em um menor prazo de tempo (SILVA *et al*, 2006).

Outro fator importante no atendimento do cliente nas unidades de saúde, além do acesso, é o acolhimento. Ambos, acesso e acolhimento são essenciais e podem promover uma melhoria no estado de saúde do indivíduo e da coletividade (ARAÚJO; LEITÃO, 2005). Como o acesso dos usuários aos serviços de saúde, de modo geral em Salvador, tem sido organizado a partir de profissionais que atuam nas recepções das unidades de saúde, marcando as consultas por ordem de chegada, sem definição de prioridades de atendimento relacionadas com sua necessidade de saúde, ou a partir de avaliação do potencial de risco e de evolução do agravo; pensou-se também, como mais uma proposta de ação do Projeto Acolhimento, a organização de uma Comissão de Acolhimento e definição de prioridades (SILVA *et al*, 2006).

Os objetivos desta comissão seriam a mudança na forma tradicional de entrada por filas e por ordem de chegada, humanizar a forma de receber e escutar o usuário, seus problemas e demandas, a partir de uma abordagem integral, para além de sua doença.

A Comissão de Acolhimento deverá ser formada por profissionais de nível superior, como médicos, enfermeiras, assistentes sociais, odontólogos, psicólogos ou outros. O Ministério da saúde, em 2004, criou uma cartilha “Acolhimento com Classificação de Risco” que deverá orientar a Comissão de Acolhimento no que diz respeito aos casos que devem ser encaminhados para atendimento em unidades de emergência e urgência (SILVA *et al*, 2006).

Ramos e Lima (2003) afirmam que acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, incidindo efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. O acolhimento denota a postura dos trabalhadores da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário.

Franco e colaboradores (1999) apontam que o acolhimento permite a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo centrado no usuário, mais

comprometido com a defesa da vida individual e coletiva. Segundo estes mesmos autores é através do acolhimento que será possível atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; assim como, reorganizar o processo de trabalho, a fim que se desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, ou seja, a equipe acolhimento que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e qualificar a relação trabalhador-usuário, através de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Embora, culturalmente, a atenção à saúde no Brasil tenha sido centrada numa prática médica focada na queixa, na ação curativa e desumanizada, fortalecendo um olhar sobre a doença, não se estabelecendo o vínculo que é tão fundamental nas práticas de saúde, o Programa Saúde da Família tem demonstrado grande potencial para fortalecer a implantação do acolhimento na rede básica, o vínculo entre equipe, serviço e usuário, e a humanização do atendimento. (BRASIL, 2004).

O acolhimento, além de compreender uma postura do profissional de saúde frente ao usuário, significa também uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho. Existe uma preocupação forte no que diz respeito a continuar o investimento em educação permanente dos trabalhadores da saúde. Por consequência, de acordo com Teixeira (2002) o acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de caso, descritivo, de abordagem qualitativa onde se analisou a operacionalização do Humaniza SUS em uma unidade básica de saúde em Salvador. As pesquisas que utilizam a abordagem qualitativa, geralmente, se utilizam de métodos naturalistas de investigação, pelo fato destes buscarem o aspecto da complexidade humana explorando-a diretamente. “Os resultados da pesquisa qualitativa são tipicamente baseados nas experiências da vida real de pessoas com conhecimento do fenômeno em primeira-mão” (POLIT; HUNGLER, 2004, p. 30).

Pode-se afirmar, a partir dos estudos de GIL (2002), que o estudo de caso traz contribuições importantes, pois sua intenção não é o de proporcionar o conhecimento específico sobre uma população, e sim, permitir uma visão global do problema ou de identificar os possíveis fatores que o influenciam ou que são por ele influenciados. Tendo assim como propósitos principais, de acordo com o mesmo autor, explorar as situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; preservar o caráter unitário do objeto estudado; descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; formular hipóteses ou desenvolver teorias; e explicar variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos.

### 4.2 Sujeitos da Pesquisa

O público alvo desta pesquisa foram todos os envolvidos no processo de humanização da assistência em saúde da unidade referida. Por se tratar de um processo co-participativo, envolve os profissionais e os usuários. Para seleção dos profissionais o critério utilizado foi estes atuarem na recepção da unidade; para os usuários os critérios de inclusão na pesquisa foram estar na unidade para atendimento e o desejo de participar do estudo, mediante consentimento livre e esclarecido, elaborado pela pesquisadora.

O acolhimento no presente estudo é entendido como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como atos de receber e ouvir a população que

procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca; desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta. Porém optamos por fazer um recorte de análise para a recepção por ser considerado o local onde acontece o primeiro tensionamento na procura por um serviço de saúde. Este é um espaço na unidade de saúde de extrema importância para receber o usuário de forma humanizada e acolhedora.

Para manter o anonimato dos sujeitos os mesmos foram identificados com nomes fictícios. Os trabalhadores de saúde foram denominados com nomes de flores e os usuários com nomes de cores, escolhidos aleatoriamente pela pesquisadora.

A caracterização dos quatro profissionais envolvidos com o Humaniza SUS segue em quadro abaixo:

Nome	Sexo	Idade	Grau de escolaridade	Tempo que trabalha Na unidade	Atividade exercida na unidade
Hortência	F	41	Superior incompleto	04 anos e meio	Recepcionista
Cravo	M	56	2° completo	04 anos	Recepcionista
Margarida	M	56	2° incompleto	04 anos e meio	Recepcionista
Violeta	M	29	Superior incompleto	01 mês e 10 dias	Recepcionista

FONTE: Dados das entrevistas, 2007

**Quadro 1** – Caracterização dos profissionais envolvidos com o Humaniza SUS no CSU de Pernambués durante o mês de agosto de 2007

A recepção da unidade era composta por 5 profissionais que se distribuem por turno, sendo 3 escalados para o turno da manhã, por este apresentar um movimento maior, e 2 escalados para o turno da tarde. Foram entrevistados 4 dos 5 recepcionistas, pois um deles durante a fase de coleta de dados se encontrava de férias, não sendo possível, dessa forma, manter nenhum tipo de contato. Entretanto, este fato não influenciou nos resultados, visto que as 4 entrevistas obtidas foram suficientes para contemplar as informações necessárias para a pesquisa.

Os profissionais da recepção eram compostos em sua maioria por pessoas do sexo masculino, com idade superior a 40 anos e com um tempo de serviço na unidade superior a 4 anos. O grau de escolaridade apresentou-se variado, sendo que dois dos entrevistados possuíam grau superior incompleto o que deveria facilitar o entendimento das propostas apresentadas na unidade. Entretanto, o que se observa é que a compreensão do serviço

desenvolvido tinha mais a ver com o tempo de trabalho do que com o grau de escolaridade propriamente dito.

As entrevistas foram realizadas durante o horário de funcionamento da unidade. Os profissionais se mostraram muito solícitos e pode-se observar o relacionamento estabelecido entre eles e os usuários do serviço.

A caracterização dos usuários dos serviços apresenta-se abaixo:

Nome	Sexo	Idade	Grau de Escolaridade	Ocupação	Estado Civil	Onde Reside	Rendimento Mensal
Azul	F	44	1° incompleto	Dona de casa	Solteira	São Gonçalo	1 salário mínimo
Amarelo	F	29	Superior incompleto	Técnica de enfermagem	Solteira	Pernambué	1 salário mínimo
Preto	F	30	2° completo	Desempregada	Solteira	Pernambué	1 salário mínimo
Branco	F	22	2 °incompleto	Desempregada	Solteira	Pernambué	4 salários mínimos
Roxo	F	38	2° incompleto	Camareira	Solteira	Saramandaia	2 salários mínimo
Rosa	F	25	2° completo + curso técnico de enfermagem	Dona de Casa	Casada	Pernambué	1 salário mínimo
Verde	F	38	1° incompleto	Faxineira	Casada	Pernambué	1 salário mínimo
Lilás	F	38	1° incompleto	Desempregada	Solteira	Pernambué	1 salário mínimo
Laranja	F	32	2° completo	Dona de casa	Solteira	Pernambué	1 salário mínimo

FONTE: Dados das Entrevistas, 2007.

**Quadro 2** – Caracterização dos usuários que participaram das entrevistas realizadas durante o período de agosto de 2007

Durante os 4 dias em que foi realizada a pesquisa, o CSU de Pernambué mostrou atender um fluxo grande de usuários. Sendo que, o número de pessoas que esperavam pelo atendimento variava com o tipo de atendimento realizado no dia. Observou-se, por exemplo, que nos dias de atendimento a mulher, realização do exame preventivo, e atendimento a criança o fluxo era intenso e a unidade se encontrava cheia. Foram realizadas 9 entrevistas com os usuários, todos os participantes eram do sexo feminino, predominância na unidade. Segundo Pinheiro *et al* (2002) de modo geral as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens, isto se explica pelas necessidades de saúde entre os gêneros, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto. Neste mesmo estudo Verbrugge aponta que as mulheres possuem um maior interesse pela sua saúde, por isso procuram mais os serviços.

Das entrevistadas, 7 são solteiras e apenas 2 são casadas, o número é mesmo quando se trata do local onde reside, 7 moram em Pernambués, próximo a unidade e 2 moram em outros bairros próximos, pertencentes ao mesmo distrito sanitário.

Em relação ao grau de escolaridade, dentre as entrevistadas, observa-se a predominância de usuárias que concluíram o ensino médio, ou seja, 5 das entrevistadas, sendo que 2 dessas concluíram posteriormente um curso técnico de enfermagem, e uma destas 2 iniciou um curso de nível superior. Entretanto, 66,7% das participantes ou estão desempregadas ou se intitularam donas de casa, sendo um salário mínimo a renda familiar da maioria das entrevistadas.

### 4.3 Local do Estudo

O local do presente estudo foi a unidade de saúde pública da atenção básica do município de Salvador, o Centro Social Urbano (CSU) de Pernambués, situado no Distrito Sanitário Cabula-Beirú (DSCB), por esta unidade já ter implantado o Projeto Humaniza SUS. O Distrito Sanitário Cabula-Beirú, atualmente, tem uma coordenação que gerencia 15 Centros de Saúde da cidade, entre estes, Unidades Básicas de Saúde tradicional e Unidades de Saúde da Família.

Segundo dados extraídos de tabelas do Projeto ampliação do acesso e melhoria do acolhimento na atenção básica de Salvador (ANEXO A) antes da implantação do Humaniza SUS pela rede municipal, 80% das unidades do Distrito Sanitário Cabula-Beirú possuíam filas para o atendimento, sendo que em 40% delas as filas se iniciavam entre as 4h e 6h da manhã. Os usuários eram atendidos em 80% delas pelo agendamento prévio, que acontecia em 60% das unidades no horário da manhã. No entanto de acordo com a periodicidade de marcação de consultas houve um empate, 40% delas afirmavam que a marcação era diária e as outras 40% que a marcação era semanal.

O CSU de Pernambués fica localizada em um terreno amplo, onde funciona também uma escola. O terreno era muito arborizado e arejado. Internamente, a recepção também era ampla composta por muitos bancos de concreto, o SAME ficava localizado no meio da recepção, os consultórios e as outras dependências da unidade ficavam espalhados pelas laterais.

Na unidade existia implantada uma equipe de PACS, cujo foco desta estratégia é o de proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento, descentralizando as ações. O ACS reside na própria comunidade em que trabalha; assim, tem acesso fácil às famílias da vizinhança e identifica rapidamente seus problemas. Ele atende aos moradores de cada casa em todas as questões relacionadas com a saúde: orienta, dá sugestões, dá apoio, controla e acompanha a realização dos procedimentos necessários, buscando encontrar alternativas para enfrentar as situações problemáticas juntamente com a comunidade. Na coordenação do PACS existe uma enfermeira que acompanha e direciona o trabalho dos agentes comunitários, garantindo o sucesso do programa.

Além do PACS, a unidade oferecia atendimento ambulatorial à demanda espontânea e a ela referenciada. Podíamos encontrar no CSU profissionais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, técnicos/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogos, auxiliares administrativos, odontólogos, técnico em higiene dental, farmacêutico e auxiliar de farmácia.

#### 4.4 Coleta de Dados

Durante toda a pesquisa foram respeitados os aspectos éticos conforme a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, implicando na elaboração de Termo de Consentimento Informado (APÊNDICE A). Foram respeitados os direitos dos participantes de desistirem a qualquer momento da pesquisa, sem que haja penalização. Foram preservadas, em caráter confidencial, todas as informações que possam revelar a identificação do indivíduo entrevistado. Os resultados da pesquisa serão divulgados no âmbito acadêmico, na instituição, e poderão ser utilizados para fins científicos. O estudo não oferece risco aos participantes.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da comissão de Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade do Estado da Bahia que após sua aprovação o liberou para a aprovação da Comissão de Ética da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Antes de passar pela Comissão de Ética foi necessária a aprovação do campo onde seriam coletados os dados.

Para aprovação do campo, o projeto teve que ser encaminhado para a Secretaria de Saúde do município de Salvador, especificamente para o setor de capacitação (CDRH), onde foi analisado, aprovado e liberado para pesquisa. Foi, então, encaminhado um ofício para o

Distrito Sanitário responsável (Distrito Sanitário Cabula-Beirú) que elaborou uma carta de apresentação da pesquisadora para o local onde seriam realizadas as entrevistas e observação.

Na comissão de ética da SESAB, após ser analisado, foi emitido um parecer, autorizando a pesquisa já que esta seguia a resolução número 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e não oferecia nenhum tipo de danos para os seres humanos.

Como instrumento de coleta de dados para a pesquisa foi utilizado dois roteiros de entrevista semi – estruturado, adaptado do Projeto ampliação do acesso e melhoria do acolhimento na atenção básica de Salvador, um para os profissionais da recepção (APÊNDICE B) e outro para os usuários (APÊNDICE C) com consulta agendada no dia da coleta de dados. Também foram utilizadas observações diretas para registrar as impressões da pesquisadora.

As entrevistas, em número de treze, permitem correções, esclarecimentos e adaptações que as tornam eficazes na obtenção das informações desejadas, assim como, seguem, naturalmente, uma certa ordem lógica e psicológica, cuidando-se para que haja uma certa seqüência clara entre os assuntos, respeitando o sentido do seu encadeamento. “A entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado” (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p. 36)

As observações foram baseadas em um Roteiro de Observação (APÊNDICE D), proposto pela pesquisadora. A partir dele pretendeu-se complementar com informações que ajudaram na análise e interpretações dos dados coletados durante as entrevistas. As informações foram utilizadas para captar informações sobre o contexto do serviço, forma de organização e funcionamento, elas foram utilizadas para triangular as informações dos usuários com os profissionais. O roteiro foi estruturado de acordo com as bases científicas apresentadas nos estudos de Lüdke e André (1986).

Não houve problemas ao entrar no campo, após a entrega da carta de apresentação, a gerência da unidade disponibilizou seu espaço e funcionários para o estudo. Num primeiro momento a enfermeira coordenadora do PACS apresentou toda a unidade e os funcionários da recepção do turno da tarde que foram os primeiros a serem entrevistados. Os usuários só começaram a ser abordados no segundo dia da pesquisa, a maioria se propôs a responder a entrevista após assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido que se encontra no apêndice. As entrevistas, que foram coletadas em agosto deste ano, duraram em média de 3 a 4 min, a pesquisadora guiava as perguntas e quando necessário explicava-as aos entrevistados, assim como, fazia perguntas complementares para que o entrevistado pudesse se expressar

melhor sobre o assunto. Toda a pesquisa pode ser realizada em cinco dias, tempo suficiente para se esgotar os questionamentos levantados.

Participaram da pesquisa 13 sujeitos, destes 04 foram profissionais e 09 usuários. A definição do número de participantes foi feita a partir da saturação de dados, ou seja, no momento em que os conteúdos das entrevistas começaram a se repetir à coleta foi encerrada.

Após a coleta dos dados houve uma pausa até o início da análise dos mesmos, pois durante um período o trabalho ficou sem um orientador, em vista da necessidade do orientador anterior responsável, por motivos de força maior ter que se afastar da instituição responsável e esta não permitir, segundo as regras da Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso, que a mesmo continuasse com sua orientação. Análise dos dados só foi iniciada após a definição da atual orientação.

#### 4.5 Análise dos dados

Neste tópico, apresentar-se-á os achados empíricos obtidos através das entrevistas semi-estruturadas. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin apresentada por Minayo (2000). Os dados empíricos foram analisados através de uma abordagem qualitativa tomando como referência às categorias analíticas. As informações coletadas nas entrevistas foram os objetos de análise e sistematização dispostos em quadro para identificar as práticas desses sujeitos.

Segundo Minayo (2000), a análise de dados numa pesquisa qualitativa deve levar em conta os níveis mais profundos das relações sociais, buscando os chamados aspectos “subjetivos”. A análise do material recolhido busca atingir três objetivos: a ultrapassagem da incerteza, o enriquecimento da leitura e a integração das descobertas. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articula a superfície dos textos descritas e analisadas com fatores que determinam suas características.

Ainda conforme Minayo (1994), alguns cuidados devem ser tomados com o processo de amostragem, com a finalidade de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões: privilegiar os sujeitos que detêm as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer; considerar um número suficiente para a reincidência das informações; escolher um conjunto de informantes que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças.

Como parte fundamental da pesquisa, a tarefa de análise implica, de acordo com Lüdke e André (1986), num primeiro momento, organizar todo o material, dividindo-o em partes, tentando-se relacioná-las e procurando identificar as tendências e padrões relevantes que responderão ao tema proposto. Entretanto, segundo os mesmo autores, a análise e a interpretação são atividades constantes e concorrentes, usadas para orientar as pessoas para a próxima amostra e para as perguntas e observações a serem feitas.

Por isso, o processo de análise dos dados ocorreu em três fases: ordenação dos dados, onde foram transcritas as entrevistas realizadas com posterior organização do material coletado, demarcando uma primeira aproximação entre o sentido geral dos discursos e o referencial teórico eleito; classificação dos dados, onde foram classificados os dados revelados nas falas dos sujeitos sociais entrevistados; e análise e confronto dos dados, uns com os outros, provenientes dos dados da pesquisa empírica, da análise documental e do resultado de outros trabalhos sobre o mesmo tema.

## 5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Após a leitura exaustiva das falas dos sujeitos, a pesquisadora destacou os trechos relevantes e relacionados ao objeto de estudo. Em seguida, procedeu-se com a categorização das falas, sendo identificadas 05 categorias, a saber: acesso, acolhimento, vínculo, processo de trabalho e resolutividade. Para cada categoria também foi identificado subcategorias, conforme quadro abaixo:

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Acesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso geográfico</li> <li>• Acesso econômico</li> <li>• Acesso funcional</li> </ul>
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilidades para o acolhimento</li> <li>• Dificuldades para o acolhimento</li> </ul>
Resolutividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolutividade presente</li> <li>• Resolutividade ausente</li> </ul>
Processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centralizado no médico</li> <li>• Centralizado em uma equipe multiprofissional</li> </ul>
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo em que frequenta a unidade</li> <li>• Confiança nos profissionais</li> </ul>

FONTE: Dados das Entrevistas, 2007

**Quadro 3** – Categorização das falas dos entrevistados

### 5.2. Categoria Acesso

Unglert *et al* (1987) já afirmava que: “O acesso à Saúde engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob abordagens diversas”. Estes mesmos autores apontam que a oferta de serviços não depende da simples existência dos mesmos, a acessibilidade deve ser considerada sobre o ponto de vista geográfico, cultural, econômico e funcional.

[...] entende-se por acesso a distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais

e coletivas, possibilidade de agendamento prévio. (RAMOS & LIMA, 2003, p. 2)

A utilização dos serviços de saúde de um determinado grupo populacional é explicada pelo perfil das necessidades em saúde (HULKA; WHEAT 1985, *apud* PINHEIRO *et al*, 2002). De acordo com Wennberg (1985, *apud* PINHEIRO *et al*, 2002) o uso dos serviços está condicionado por inúmeros outros fatores, como a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação englobando a acessibilidade aos serviços que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo a gastos direto ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados as necessidades da população (UNGLERT, 1995, *apud* RAMOS & LIMA, 2003, p. 2).

A melhoria do acesso é uma das medidas que visa diminuir o sofrimento humano causado pelas existências de filas evitáveis e obstáculos organizacionais à atenção. (SILVA *et al*, 2006).

O material sobre acesso foi organizado em três subcategorias, de acordo com o levantamento das falas dos participantes. Em cada subcategoria tentou-se evidenciar os pontos que facilitam ou dificultam a obtenção do acesso no CSU de Pernambués. O maior número de elementos encontrados referiu-se ao acesso funcional.

### **5.2.1 Subcategoria Acesso Geográfico**

Embora pouco citado nas entrevistas como um dos fatores para a garantia do acesso aos serviços, fica implícito, neste estudo a importância do acesso geográfico, visto que 7 dos 9 entrevistados moravam no mesmo bairro o qual pertence a unidade de saúde em estudo.

Caracterizam o acesso geográfico, de acordo com Ramos e Lima (2003) a forma do deslocamento do usuário ao serviço, o tempo que leva esse deslocamento e a distância entre a residência e a unidade de saúde. Estes mesmos autores afirmam que a forma de deslocamento utilizada pelos usuários é fator determinante, uma vez que facilitam ou dificultam o acesso aos serviços de saúde.

Segundo Unglert *et al* (1987) as barreiras geográficas derivam de obstáculos naturais ou gerados pela implantação urbana que orientam a organização desses fluxos e que criam distâncias relativas que variam do nível local para o regional.

O acesso geográfico tanto pode ter ser um fator decisivo na busca pelos serviços, como também pode não ter influencia na escolha deste. O usuário pode considerar outros fatores na escolha pelo serviço, fatores estes que superam as barreiras geográficas. Segundo Adami (1993) a proximidade geográfica entre a moradia do cliente e o serviço de saúde não se constitui fator determinante de sua escolha, já que esse fator pode não ser garantia de um atendimento. Vejamos estes dois exemplos:

Quando perguntado a uma das entrevistadas o porquê dela procurar o atendimento na unidade ela respondeu:

Porque é o posto mais próximo da minha casa. (AMARELA)

Entretanto, outros dois entrevistados fizeram a seguinte referência:

Porque eu vim acompanhando ele (criança) para fazer o exame, e também porque lá no outro Posto quando a gente chega para fazer um curativo não tem material, “Ah, você vai ali, compra e traz que a gente faz o curativo”, é sempre assim, ou então, a gente chega lá para marcar, “Você pode marcar, mas só tem pra não sei quando [...]”, daí prefiro vim aqui em cima fazer o acompanhamento dele.” (ROXO)

De inicio marquei o pré-natal aqui, mas depois eu achei uma consulta lá na maternidade e daí preferir ir para lá. Deixei aqui e fui para lá. (ROSA)

Experiências prévias negativas em outros serviços de saúde, mais próximos de sua residência, levam o usuário a optar por unidades que lhe exijam um maior deslocamento, pois o acesso facilitado e bom acolhimento superam as dificuldades geográficas. (RAMOS; LIMA, 2003).

### **5.2.2 Subcategoria Acesso Econômico**

O acesso econômico é outro fator que influencia no acesso aos serviços de saúde, embora também pouco tenha sido citado. A condição econômica da clientela atendida na unidade é baixa, fato evidenciado pela renda mínima dos entrevistados, em sua maioria, ser de apenas um salário mínimo. Assim como, a evidência do desemprego e do subemprego como fatores predisponentes para tal fato.

Santos (1995, *apud* RAMOS; LIMA, 2003) refere que a condição socioeconômica é fator determinante na escolha do serviço público em relação ao serviço privado, reconhecendo que o cuidado é semelhante em ambos, variando a rapidez e facilidade de acesso a certos procedimentos.

Embora, a constituição garanta ao indivíduo o direito a saúde, isto não lhe garante um atendimento de qualidade. Os maus tratos, a falta de atendimento, a longa espera em filas, fez criar o conceito da inferioridade da saúde pública. Em vista disso, muitos usuários passaram a utilizar o serviço não pela certeza que teriam seus problemas de saúde resolvidos e sim porque suas condições socioeconômicas não lhe permitiam a busca pelos setores privados.

Quando na entrevista perguntou-se a um usuário por que ele havia procurado a unidade de saúde em questão, ele apenas respondeu:

Porque é pública.(AZUL)

Como se a localização desta, os profissionais que ali atendem e os serviços oferecidos não tivessem influencia sobre sua escolha, sendo o fator econômico o mais representativo. Outro usuário fez referencia a impossibilidade de ter um plano de saúde, como se essa alternativa lhe garantisse um melhor atendimento:

Porque eu não tenho condições de ter um plano de saúde e aqui o atendimento é bom e é público.(LARANJA)

### 5.2.3 Subcategoria Acesso Funcional

O acesso funcional foi o fator mais apontado pelos usuários como mecanismo que traz facilidades ou dificuldades para garantir a entrada nos serviços de saúde. Ramos e Lima (2003) conceituam acesso funcional como a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão precisa, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento. Do ponto de vista de Adami (1993) o acesso funcional aponta quanto à necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem a demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema.

A maioria dos usuários entrevistados afirmou que haviam procurado o serviço para obter algum tipo de atendimento, fato este que pode ser comprovado pelas seguintes falas:

Eu vim fazer um chek up, eu vim para o ginecologista [...] (AZUL)

Fazer exame, trazer o exame para a médica ver. (VERDE)

Durante o período da pesquisa, sempre se encontravam no SAME pelo menos dois funcionários para atendimento ao público. Funcionários estes que não receberam nenhum tipo de capacitação para trabalharem na Unidade. Isto acabou gerando uma falta de conhecimento sobre os serviços implantados para a melhoria do acesso e atendimento na unidade, como no caso do Humaniza SUS, que além do conhecimento ser superficial, em alguns casos não se tinha nem o conhecimento da sua existência:

Não, o projeto acolhimento não aconteceu ainda. (CRAVO)

No CSU de Pernambués as consultas podem ser marcadas pelo telefone ou de forma presencial. A marcação presencial existe na unidade desde a sua fundação, e era ela a responsável pelas grandes filas que se formavam desde a madrugada. Entretanto, há apenas um ano foi instituída a marcação por telefone, a SMS disponibilizou para a unidade uma linha telefônica para atender os usuários através do número: (71) 3611-9028 que pode ser observado a sua divulgação através de cartazes espalhados pelas paredes da unidade, contudo, ainda impera a forma de marcação presencial, seja porque alguns se queixaram não conseguir marcar por telefone, seja por questões culturais, ou seja, até mesmo, pelo desconhecimento dessa nova modalidade para se marcar as consultas. Veja o que respondeu um dos usuários entrevistados ao ser questionado se ele já havia marcado a consulta por telefone:

Não, não sabia que tinha, estou vendo ali agora. (LARANJA)

Ao ser perguntado a um dos recepcionistas como era a forma de marcação na unidade, um deles respondeu o que se segue abaixo:

É, é feita marcação por telefone e presencial. Eu acredito que a marcação por telefone tenha 1 ano mais ou menos e só existe 1 linha disponível [...] (CRAVO).

Embora a marcação presencial ainda prevaleça, pode-se observar satisfação com a marcação por telefone na fala de um dos usuários:

[...]Depois que a marcação passou a ser por telefone eu só marco por telefone, nunca mais eu vim aqui para marcar consultas. (BRANCO)

Os profissionais apesar de não terem recebido nenhum treinamento, afirmaram não ter dificuldades para atender o público nas ligações. O que pode ser evidenciado pela seguinte afirmação de um dos profissionais entrevistados:

Não, não houve treinamento, simplesmente colocaram a linha e devido a pratica que já temos não tivemos dificuldades não. Pedimos para pessoa o nome, se já tem cartão, o n° do cartão e aí é só marcar. (CRAVO).

O sistema de agendamento prévio de consultas é um instrumento que humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas, permitindo alterar o modelo exclusivo de urgências e emergências. (RAMOS; LIMA, 2003). Para Silva *et al* (2006) esse sistema promove a dignificação da espera, diminui o sofrimento humano, restaurando sua dignidade e qualificando o serviço público.

Não ficou esclarecido se existe priorização de casos para a marcação de consultas, pois alguns recepcionistas afirmaram isto não acontecer, enquanto outros diziam priorizar o atendimento para idosos e gestantes. Segundo Ramos e Lima (2003) um dos fatores que se deve levar em consideração no estudo do acesso funcional é o tempo de espera que o usuário leva para obter o atendimento desde o momento de sua chegada ao serviço, esse tempo na unidade era de 20 min podendo chegar até 2h:

No mesmo dia, foi rápido, uns 20 min. (BRANCO)

A gente vem 8h e aí marca 10 h. Esse pessoal aqui está esperando para marcar. (VERDE).

No que diz respeito ao tempo entre o dia da marcação e a realização da consulta, concluiu-se que, em média, as consultas eram marcadas para uns quinze dias após a data da marcação, salvo exceções os casos em que as consultas aconteciam periodicamente, seguindo o determinado pelos programas e protocolos e rotinas da unidade. Já as consultas de retorno demoravam no mínimo um mês para acontecer. Entretanto, os profissionais da recepção apontaram que um médico clínico poderia demorar até dois meses para atender a clientela, enquanto que as consultas odontológicas estavam suspensas porque os equipamentos estavam quebrados (e quando elas aconteciam poderiam demorar até dois meses), as consultas de enfermagem aconteciam até de uma semana para outra.

Outra opção para a marcação de consultas é a lista de espera, implantada pelo programa Humaniza SUS em toda rede básica e já implementada na unidade. A lista de espera dá oportunidade aos usuários de conseguir uma consulta de um dia para o outro. Ela funciona da seguinte forma: o usuário procura o serviço para marcar sua consulta (presencial ou por telefone), o profissional da recepção agenda a consulta e lhe pergunta se ele gostaria de tentar a consulta no dia seguinte, se o usuário concordar, no outro dia ele vai à unidade de saúde e fica esperando por uma desistência, caso haja, ele é encaixado na agenda do profissional e é

prontamente atendido. Na lista de espera não há garantia de atendimento, pede-se que o usuário chegue uma hora antes e espere por no máximo duas horas, caso não haja possibilidade de atendimento, ele poderá tentar uma outra lista de espera, ou então, deixar para ser atendido no dia agendado para sua consulta.

Abaixo uma das falas dos profissionais entrevistados quando lhe foi perguntado sobre se existe lista de espera e como ela funciona:

Sim, existe lista de espera. Nós chamamos de desistência, colocamos 5, 6, 7 até 10 pessoas na lista e daí falamos com as pessoas na véspera do atendimento que ela vai ter que esperar e caso alguém não venha ela será atendida, aí se vierem 15, nos colocamos mais 5; infelizmente a gente não tem como garantir, se não tiver vaga, ela vai ter que esperar outra lista de espera ou então marcar consulta. (CRAVO)

Apesar de menos da metade dos usuários entrevistados referirem não ter comparecido a uma consulta pré-agendada, a lista de espera é um mecanismo extremamente válido para o serviço de saúde, pois, além de garantir um maior acesso àqueles que procuram por atendimento, garante a produtividade dos profissionais e a qualidade do serviço.

As filas para marcação das consultas eram apontadas como um grande problema de acesso para a clientela. Antes da implantação do Humaniza SUS, os entrevistados, tanto os profissionais quanto os usuários, comentaram a existência de longas filas que se iniciavam desde a madrugada.

Vejam alguns exemplos:

[...] 6h, 6:30h, já tinham 30 a 40 pessoas na fila [...] (CRAVO)

Agora está melhor, antes a gente tinha que vim 4h para marcar, agora não, a gente chega 8h, 8:30h e eles marcam. (LILÁS)

Após a implantação do Humaniza SUS foi unânime entre os entrevistados a melhora em relação às filas, muitos chegaram até mesmo a afirmar que elas não existem mais. A seguir relatos sobre experiências exitosas na redução das filas no CSU de Pernambués:

Quase que nenhuma. O pessoal fica sentado, aguardando para ser atendido, não tem mais fila não. (CRAVO)

[...] a gente procura eliminar as filas [...] (MARGARIDA)

Antes precisava pegar fila lá fora, agora não precisa mais, antes precisava chegar 3h/4h e ficar na fila, hoje você chega 10h e já é atendido logo. (LARANJA)

As pessoas chegavam antes 5h para marcar, hoje não existe mais isso. Às vezes tem gente que chega 6h, mas a gente explica e muitos já tomaram

consciência de que agora eles não estão mais disputando vagas.  
(HORTÊNCIA)

[...] Hoje não tem mais fila aqui não, as filas foram extintas. Antes as filas se iniciavam as 6h da manhã, às vezes antes, 5:30h... Aqui abre 7h... antes disso. (VIOLETA)

### 5.3 Categoria Acolhimento

De acordo com Silva *et al* (2006) entende-se por acolhimento as mudanças na porta de entrada da população aos serviços de saúde, buscando o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a clientela, através da boa recepção ao usuário, do agendamento prévio das consultas, da programação e prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas das necessidades sociais de saúde da população.

O acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido de dar garantia ao acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da idéia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional (FRANCO *et al*, 1999).

Para Ramos e Lima (2003) “o acolhimento denota a postura dos trabalhadores da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário”. Essa postura, conforme foi percebido pelas falas dos entrevistados, permitiu a constatação de fatores que facilitam esse atendimento e evidenciou situações que geram dificuldades para essas relações.

#### 5.3.1 Subcategoria Facilidades para o Acolhimento

Os fatores identificados como aqueles que facilitam o acolhimento são: boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional. (RAMOS; LIMA, 2003). Segundo esses mesmos autores a relação humanizada depende do respeito, da consideração e da atenção dada aos usuários, enquanto que o desempenho profissional é expresso pelo interesse demonstrado durante a consulta, nas perguntas feitas, nas orientações dispensadas e na resolutividade das condutas adotadas.

Boa recepção ao usuário se traduz na forma como este é recebido ao chegar à unidade. Este é o primeiro contato que se estabelece entre o profissional de saúde e a clientela, por isso uma boa recepção pode significar um primeiro passo para o acolhimento. A seguir a fala de um dos profissionais da recepção que comprova este fato:

[...] o acolhimento abrange tudo, mas o principal é a chegada, nós marcamos as consultas e encaminhamos para os profissionais. (VIOLETA)

Uma das propostas do projeto acolhimento seria a criação de uma Comissão de acolhimento formada por profissionais de nível superior que teriam a função de organizar a forma de entrada dos usuários ao sistema, humanizar a recepção e promover resolutividade aos problemas de saúde. Um dos objetivos da criação da Comissão de acolhimento é aumentar o contato entre os usuários e os profissionais, aumentando dessa forma o vínculo que é tão fundamental nas práticas de saúde. (BRASIL, 2004).

Segundo entrevista com os profissionais da recepção, a unidade de saúde em estudo não possui uma Comissão de acolhimento, embora haja conhecimento, a partir de uma conversa informal com uma das enfermeiras do local, da sua criação na administração anterior, que foi a mesma responsável pela implantação do programa na unidade. Entretanto, os profissionais da recepção afirmaram serem eles os responsáveis pelo acolhimento na unidade referida. Veja o que respondeu um recepcionista ao lhe ser perguntado se havia na unidade uma Comissão de Acolhimento:

Não existe. Mas o pessoal do SAME acaba fazendo este papel. (HORTÊNCIA)

Outro fator importante, que facilita o acolhimento nas unidades é a redução das filas. Reduzir as filas permite reduzir as principais barreiras de acesso aos serviços, garantindo ao usuário a escuta dos seus problemas de saúde. Com a reorganização da marcação de consultas no CSU de Pernambués, pode-se observar uma redução nas filas e conseqüentemente uma recepção mais humanizada aos usuários que sofriam com o modelo de desatenção, maus tratos e desrespeito que imperava no serviço.

A seguir têm-se dois exemplos, extraídos das entrevistas, quando perguntado sobre o que os usuários achavam sobre a marcação de consultas atual, que dão respaldo a essa afirmação:

Bem melhor do que era antes. O povo não precisa acordar cedo, muito cedo, enfrentar grandes filas, agora não, ligou e marcou. Não tem mais fila. (PRETO)

Agora esta melhor. Mesmo quem vinha cedo, marcava vida para vim mais tarde para pegar a ficha, tinha vez que só tinham 20 fichas, e as consultas demoravam a serem marcadas, demoravam, às vezes, de 2 a 3 meses, hoje não, marca para logo, 10 dias, 15 dias, as vezes, até de um dia para o outro. Agora está melhor. (LILÁS)

As ações desenvolvidas na unidade é outro fator capaz de estabelecer o acolhimento. Ações programáticas como os atendimentos de pré-natal, puericultura, realização do exame preventivo, campanha de vacinação e sala de espera são atividades que fazem aumentar o vínculo entre profissionais, usuários e o serviço. A clientela se sente acolhida pelo serviço ao perceber que ele se preocupa com seus problemas de saúde. Abaixo a fala de um dos usuários comprovando este fato:

A população aqui, o nível, precisa de um acompanhamento melhor, como agora que está acontecendo uma palestra, e isso precisa sempre, o acompanhamento com as pessoas. (ROSA)

### 5.3.2 Subcategoria Dificuldades para o Acolhimento

Embora os fatores que facilitem o acolhimento tenham tido muitas referências, foram citados alguns que tem dificultado a implantação da proposta de acolhimento na unidade. Dentre esses fatores podemos apontar a espaço físico, já que, o respeito ao usuário se traduz na limpeza e organização da área, na pontualidade do atendimento, nas informações prestadas, nas rotinas que contemplam a necessidade do usuário (RAMOS; LIMA, 2003).

Esses mesmos autores apontam que o encontro entre clientela e profissionais de saúde se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. O espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos.

A unidade de saúde do CSU de Pernambués possui uma área ampla, arejada, com boa iluminação e com regular asseio, a recepção é composta pelo SAME e por bancos de concreto que são utilizados pelos usuários para aguardar a marcação e as consultas. Dentro do SAME, geralmente, ficam dois funcionários que dividem o espaço com mais uma mesa, cadeiras e dois arquivos, tornando o espaço pequeno.

Agora só acho que o que o que precisa melhorar é o espaço físico. O SAME eu acho pequeno, a unidade em si não, mas o SAME eu acho pequeno. (CRAVO)

A área que os usuários utilizam para aguardarem a marcação e as consultas era ampla e bem organizada, possibilitando que um número grande da clientela possa utilizá-la. O número de consultórios é restrito, totalizando dois consultórios médicos, um consultório

odontológico e um de enfermagem, nos quais os profissionais trabalham em sistema de rodízio para realizarem os atendimentos ofertados. Veja a resposta de um dos profissionais ao lhe ser perguntado sobre se existem ou existiram obstáculos para a implantação do projeto acolhimento na unidade:

Existem. A própria estrutura do posto [...] área tem, só falta saber organizar. [...] profissionais até que tem, muitas vezes tem profissionais aqui que ficam esperando o outro terminar para entrar. Quer dizer, tem profissional, o que falta é a estrutura. (VIOLETA)

O atendimento é outro fator que pode interferir no acolhimento, seja de forma positiva ou negativa. A maioria dos usuários referiu que o atendimento na recepção era bom, fator este que facilitava o acolhimento, foram feitas poucas referências relacionadas aos atendimentos nos consultórios, entretanto, a seguir temos um comentário de uma das usuárias sobre o serviço em outro setor, a partir deste fato é importante compreender como uma experiência negativa pode acabar dificultando todo processo de acolhimento da unidade.

Da sala de vacina na semana passada eu não gostei, mas o acompanhamento com ele, comigo, as consultas e o atendimento no balcão, eu estou gostando, agora da sala de vacina não gostei. Eu cheguei, dei um bom dia, ela não respondeu. Perguntei se a vacina era na perna ou era gotinha, para eu já ir tirando a calça dela, ela não respondeu. Eu perguntei 2 vezes, ela não respondeu. Dessa parte aí, do atendimento dela, eu não gostei. (ROSA)

O gerenciamento do serviço também foi identificado, no estudo em questão, como um fator que vem dificultando o acolhimento. Tanto a gerência central, a nível dos governantes do município, quanto a gerência local tem influências sobre este fato.

Por se tratar de um serviço público que atende a uma grande demanda, e pela verba destinada ao serviço ser insuficiente para atender com qualidade todos que procuram por algum tipo de atendimento, o acolhimento na unidade pública acaba sendo prejudicado, seja pela falta, em alguns momentos, de infra-estrutura, materiais e medicamentos, ou seja, pela falta de funcionários. Ferreira (1999) afirma que os *déficits* orçamentários têm levado o governo a provocar cortes tempestivos no orçamento, eliminando e adiando muitas vezes, programas extremamente necessários ao bom andamento de suas empresas à sociedade. Segundo este mesmo autor, o serviço público é pago indiretamente, via impostos, por conta disso, visto como um favor, uma concessão. Um dos profissionais que trabalha na recepção do CSU de Pernambués faz a seguinte referência sobre este fato ao apontar os fatores que influenciaram na implantação do projeto acolhimento na unidade:

[...] o gerenciamento de verbas é péssimo, faltam varias coisas [...] Tirando a estrutura existe ou existiram outros obstáculos? O dinheiro. (VIOLETA)

“A qualidade dos serviços depende da qualidade das pessoas que o prestam, já que os serviços são gerados por elas e não produzidos por máquinas” (FERREIRA, 1999). A administração local influencia no acolhimento a partir do momento em que ocorre uma personificação da gerência, ou seja, o serviço passa a funcionar de acordo com quem o administra. Se o gerente é comprometido e atuante, as propostas levadas à unidade tendem a se concretizar, porém se não há comprometimento, as ações acabam se desarticulando e causando falhas no processo. Assim, ainda segundo Ferreira (1999), desenvolver lideranças para a qualidade, criar um programa de gestão de pessoas bem estruturado, preocupar-se com o moral e capacitação das pessoas, delegar responsabilidade aos envolvidos e valorizar o trabalho executado constituem aspectos essenciais para o sucesso no alcance da qualidade.

Durante o período de observação, e como já citado anteriormente, foi possível perceber, através das falas de outros profissionais que não foram entrevistados, que a mudança da gerencia há mais ou menos um ano e meio fez com que muitas ações do programa Humaniza SUS não fossem completamente implantadas, fragmentando a proposta e enfraquecendo o acolhimento. Observe o que um dos entrevistados respondeu sobre a implantação do programa na unidade:

[...] Mas o projeto não foi totalmente implantado (HORTÊNCIA)

## 5.4 Categoria Resolutividade

O objetivo final do trabalho em saúde é atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população (FRANCO *et al*, 1999).

### 5.4.1 Subcategoria Resolutividade Presente

Com a implantação do Humaniza SUS na Unidade foi possível perceber um aumento na acessibilidade e conseqüente resolutividade dos problemas de saúde apresentados pela comunidade atendida. A extinção das filas e a implantação da lista de espera diminuiram as

barreiras entre os usuários e os profissionais, eles passaram a ser atendidos em menor espaço de tempo. Observe esta constatação a partir das falas dos entrevistados:

Agora acabou as filas, isso passou, é passado, isso aí se resolveu, mas em compensação as consultas estão sendo marcadas para longe [...] (VIOLETA)

[...] É boa, porque é rápida, no horário que marca é atendido, se marca 8h, realmente é 8h, não demora muito, não fica muito em fila. (BRANCO)

[...] para algumas consultas tem também a lista de desistência que nós fizemos. Algumas vai até de um dia para o outro, 1 semana [...] (VIOLETA)

#### 5.4.2 Subcategoria Resolutividade Ausente

Embora exista a extinção das filas para marcação de consultas e um aumento da acessibilidade dos usuários aos serviços, o tempo de espera para uma consulta pode diminuir a grau de resolutividade em saúde para a unidade. Visto que, a depender do tipo de atendimento e da gravidade da situação de saúde, um tempo longo de espera pode interferir no tratamento de algumas doenças. Vejam, a seguir, o que os entrevistados falaram sobre o tempo entre o dia da marcação e realização da consulta:

Alguns profissionais estão marcando para 1 mês, 1 mês e meio. Por enquanto as odontológicas, devido aos aparelhos estarem quebrados, estão suspensas. (CRAVO)

Para mim não está muito legal não. Para mim demora. [...] A consulta [...] porque eu acho que a gente deveria vim marcar de manhã para ser atendida a tarde, ou então no outro dia. Demora para ser atendido. (VERDE)

[...] Porque havia as filas justamente porque as pessoas vinham correndo para marcar para logo, para serem atendidas logo, aí vinham correndo para marcar, agora como está marcando lá para adiante não existe fila (...) (VIOLETA).

O sistema de marcação de consultas, apesar da sua evolução, nem sempre consegue atender a todos, o que acaba prolongando o tempo para se marcar uma consulta, assim como para um atendimento, gerando uma insatisfação do serviço e interferindo no grau da sua resolutividade. Um dos usuários faz referencia quanto a dificuldade para a marcação de consulta por telefone:

Não marco por telefone, não consigo, ligo e não consigo. (Verde)

O próprio atendimento pelos profissionais da recepção pode interferir na demanda da unidade. Na falta de uma Comissão de acolhimento, e sendo eles os responsáveis por acolher, priorizar casos e fazer os encaminhamentos necessários àqueles que procuram o serviço, um atendimento de má qualidade pode significar a busca por outros serviços, ou até mesmo, a desistência de um atendimento.

O atendimento, está um problema, está ruim, precisa melhorar mais ainda. Está um caso serio, a coisa está feia, tem gente que vem marcar e não pode... Começa a marcação 10h, aí não podem, eles mandam vim depois, 15h, e no meu caso que não tenho tempo, vou e volto. Venho 10h, depois eu não posso vim de novo... E porque você não marca por telefone? Ah! Eu não consigo não. Já liguei varias vezes, quando liga, eles pedem para ligar tal hora, ou então pedem para vim aqui. Então você acha que a marcação presencial é mais fácil? É mais fácil, pelo menos não fica tentando [...] (AMARELO).

## 5.5 Categoria Processo de trabalho em Saúde

“O processo de trabalho em saúde se desenvolve a partir do encontro entre quem produz e quem recebe saúde” (ARAÚJO; RODRIGUES, 2003, p. 2). Estão envolvidos no processo de trabalho em saúde todos aqueles que de alguma forma contribuem para o cuidado com a saúde individual ou coletiva. Nesse encontro entre os dois sujeitos, de acordo com Araújo e Rodrigues (2003) o fluxo das emoções deverá fluir entre ambos, dessa forma, o profissional de saúde, durante o exercício de sua atividade, precisa manter uma relação humanizada com seus pacientes, lhe garantindo o cuidado que deve ser o objetivo principal no campo da saúde.

### 5.5.1 Subcategoria Processo de Trabalho Centralizado no Médico

Franco *et al* (1999) afirmam que o processo de trabalho era tradicionalmente conhecido, centrado na figura do médico, sendo estas consultas as grandes responsáveis pelas longas filas que se formavam desde cedo nas unidades de saúde, em vista da baixa oferta das consultas oferecidas. O modelo do pronto atendimento ainda é bastante utilizado em muitos serviços primários de saúde do Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva. (RAMOS; LIMA, 2003)

Segundo Araújo e Rodrigues (2003) a saúde vem se constituindo como um campo de construção de práticas cuidadoras, socialmente determinadas, pela ação médica hegemônica.

Estes mesmos autores apontam que os diversos problemas existentes nos serviços de saúde alteram as demandas e dificulta o acesso dos usuários aos serviços, o que pode ser detectado por meio da pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa situação se traduz por meio da crescente insatisfação e da insegurança dos usuários com o tipo de atendimento prestado e pela forma como os profissionais de saúde operam os serviços.

A reconstrução do conceito de saúde, dos modelos assistenciais e a criação de programas que visem o cuidado a partir de uma equipe multiprofissional, evidenciaram a necessidade de se pensar em um novo processo de trabalho em saúde, deslocando o eixo principal do médico para o usuário. Com isso, as unidades de saúde passaram oferecer serviços prestados por outros profissionais de saúde que fossem capazes de oferecer a escuta e resolutividade aos problemas levados pela comunidade.

O CSU de Pernambués oferece além das consultas médicas, atendimento com outros profissionais, como enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Entretanto, não ficou claro que consultas como: a realização do exame preventivo, as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, pré-natal e outros programas, que possuem protocolos estabelecidos e que dão respaldos para serem realizadas pelos enfermeiros, também eram realizadas pelos eles, dando a impressão do atendimento ainda ser centralizado nas ações médicas.

Vim fazer o exame preventivo. (PRETO)

Vim fazer acompanhamento do meu filho. (BRANCO)

Acompanhamento pré-natal, ginecologista e atendimento para criança. (ROSA)

Os usuários apenas apontavam que iriam para esses tipos de consultas, não especificando qual profissional o atenderia, até porque, devido a fatores históricos e culturais, há ainda um desconhecimento por parte de grande parcela da população, incluindo até mesmo alguns profissionais da recepção, que outros profissionais, não médicos, desde que devidamente habilitados possam exercer funções que antes eram privativas destes.

As consultas de enfermagem não são minha área não, eu não trabalho não, isso é área administrativa, as de enfermagem não são comigo. (CRAVO)

### **5.5.2 Subcategoria Processo de Trabalho Centralizada na Equipe Multiprofissional**

A necessidade da criação de uma equipe multiprofissional que tenha como objetivo ir além da cura de uma patologia fez repensar os processos de trabalho estabelecidos historicamente no campo da saúde. Fez-se necessário reorganizar o processo de trabalho em saúde, afim de que se estabeleça uma equipe multiprofissional (equipe acolhimento) que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. (Franco *et al*, 1999). A criação de programas e protocolos tem permitido aos usuários um maior contato com os profissionais de saúde, fazendo aumentar a acessibilidade aos serviços e as informações pertinentes para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para se pensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental re-significar o processo de trabalho. Essa re-significação exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde. (ARAÚJO; RODRIGUES, 2003).

O CSU de Pernambués por ser uma unidade onde funciona um PACS permite aos usuários um maior contato com os profissionais de saúde. No foco dessa estratégia estão as idéias de proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações. O ACS reside na própria comunidade em que trabalha; assim, tem acesso fácil às famílias da vizinhança e identifica rapidamente seus problemas; e são acompanhados e orientados por um enfermeiro/supervisor.

Além do trabalho dos ACS, pode-se identificar a busca pelo trabalho de outros profissionais, como enfermeiros, assistentes sociais, dentistas e técnicos/auxiliares de enfermagem que possibilitam também a escuta e a resolutividade das ações em saúde. Observe esses exemplos que fazem referencia sobre o trabalho de outros profissionais não médicos:

A consulta de enfermagem é para logo. (VIOLETA)

Já estava marcado. Eu vim para a assistente social. Eu marco de 3 em 3 meses. (LARANJA)

A oferta de profissionais era a seguinte: seis médicos (dois pediatras, dois clínicos e dois ginecologistas), dois odontólogos e três enfermeiros. Estavam disponíveis dois consultórios médicos, um consultório odontológico e apenas uma sala de enfermagem, onde

funcionava o PACS. Pode-se encontrar também na unidade, uma sala de vacina, uma sala de curativo, banheiros, sala da gerência, um almoxarifado e farmácia, uma copa e o SAME.

Assim o atendimento do jeito que está agora, está melhor. O atendimento está melhorando. Acho que devem ter feito algum acompanhamento com eles, alguma conversa com eles, agora eu estou achando melhor. Da sala de vacinas na semana passada eu não gostei, mas o acompanhamento com ele, comigo, as consultas e o atendimento no balcão, eu estou gostando, agora da sala de vacina não gostei [...] (ROSA)

Segundo Franco *et al*, 1999, os profissionais não médicos devem passar a usar todo seu conhecimento técnico-científico para assistência, na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária dos serviços da unidade. Estes mesmos autores trazem que a enfermeira, além de acolher, deve garantir a retaguarda do atendimento realizado pelos auxiliares de enfermagem, seguindo os protocolos que orientam sobre os procedimentos a serem adotados pela equipe. A enfermeira, com a reorganização do processo de trabalho acaba adotando uma maior autonomia na função que exerce.

## 5.6 Categoria Vínculo

Segundo Campos (1997) o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

### 5.6.1 Subcategoria Vínculo relacionado ao tempo que freqüenta a unidade

O uso regular de um mesmo serviço de saúde pode ser interpretado como ter uma “porta de entrada” ao sistema de saúde (PINHEIRO *et al*, 2002).

Segundo Ramos e Lima, 2003, a facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde, juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a freqüência de procura pelo atendimento. Alguns usuários apontaram procurar pelo serviço com freqüência e já utilizá-lo por algum tempo, o que pode ser evidenciado pela possibilidade da comparação

entre o sistema de marcação de consulta anterior e o atual, além do que fica evidenciado na fala que se segue:

Marco todo mês. Ao final da consulta já marco para o próximo mês [...] (BRANCO).

### **5.6.2 Subcategoria Vínculo relacionado á confiança nos profissionais**

A busca por profissionais competentes para o atendimento, e a confiança na experiência e capacidade dos membros da equipe de saúde, influencia fortemente a escolha quanto ao serviço que deverá ser procurado. (Ramos; Lima, 2003). A relação trabalhador-usuário deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (Franco *et al*, 1999).

Uma vez estabelecido um vínculo com determinado profissional, a partir de uma relação de confiança, mesmo que o cliente se mude para outro bairro mais distante, ou o profissional se mude do local onde atende, o usuário permanece usando o serviço de saúde. Isto pode ser comprovando pela fala de um dos usuários entrevistados:

[...] quando tirou a ginecologista de lá e colocou aqui, a gente como já tinha um acompanhamento com ela, correu para cá [...] (ROXO)

A confiança entre profissional e usuário foi decisiva na escolha do serviço, até mesmo mais que a facilidade de acesso geográfico. O que demonstra que a importância da relação profissional de saúde-usuário, principalmente quando se trata da Política de Humanização.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização da saúde foi implantada nos serviços do município de Salvador a partir da implementação do Plano de Acolhimento e melhoria da acessibilidade, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Instituto de Saúde Coletiva, a partir da adequação da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde, ao nível local. O Humaniza SUS foi criado em 2005 e já se encontra implantado em muitas unidades da rede municipal.

Após estudo de caso realizado em uma das unidades de saúde para analisar como ocorre a operacionalização do programa, e a partir daí descrever quais ações foram implantadas para se humanizar o atendimento, identificando as dificuldades e facilidades de acesso dos usuários, foi possível se atingir aos objetivos propostos. Conclui-se, então, que a Unidade Básica de Saúde do CSU de Pernambués reorganizou seus serviços na tentativa de melhorar o acesso e acolher a população.

Foram identificadas como ações próprias do projeto acolhimento, o sistema de marcação de consultas presencial e em tempo integral, a marcação por telefone, a implantação da lista de espera, a reformulação do trabalho em saúde, focalizando seu eixo central numa equipe multiprofissional “preocupada” em dar resolutividade aos problemas dos usuários e aumentando, desta forma, o vínculo que é tão fundamental nas relações estabelecidas.

A redução das filas é a maior expressão de que o projeto está no caminho certo. Pois, reduzir as filas significa melhorar o acesso e permitir a entrada do usuário ao serviço, lhe assegurando uma escuta sensível e a tentativa da resolução dos seus problemas de saúde.

Entretanto, foi possível também levantar as falhas existentes nesse processo. Como a inexistência de uma Comissão de acolhimento e definição de prioridades. Por não existir essa comissão algumas ações acabam se enfraquecendo, dificultando o acolhimento. O sistema de marcação de consultas ajuda na extinção das filas, entretanto a marcação, sem a comissão de acolhimento, continua seguindo a lógica da marcação por ordem de chegada, diminuindo a resolutividade daqueles que procuram o serviço em busca de um atendimento em tempo hábil.

Apesar da existência da lista de espera, em nenhum momento foi identificado a “reserva estratégica” de consultas para atender os casos prioritários, até porque não existe priorização de atendimento. Alguns recepcionistas priorizam idosos e gestantes por conta própria, sem seguir nenhum tipo de determinação da administração da unidade. A falta de capacitação dos profissionais da recepção foi outro problema evidenciado. O Humaniza SUS foi implantado na unidade sem que houvesse nenhum treinamento a respeito do programa,

comprometendo a sua implementação na referida unidade. Foi disponibilizada uma linha telefônica para marcação das consultas, porém ao profissional, que a usaria como instrumento de trabalho, nenhuma instrução foi passada.

O CSU de Pernambués reorganizou seus serviços, mas não reorganizou seu espaço físico. Apesar de ampla, a unidade possui poucas salas em que funcionam os consultórios, reduzindo, assim, a oferta e provocando um rechaço a demanda. Por isso, mesmo não existindo mais filas, foi apontado pelos profissionais que as consultas eram marcadas para, em média, um mês depois do dia da marcação, dificultando também o acolhimento e reduzindo a resolutividade.

Por conseguinte, fica claro que a unidade de saúde acima citada tem colocado em prática ações para operacionalizar o Humaniza SUS. Muitos avanços foram apontados, entretanto vê-se também a necessidade da implantação de outras ações que visem preencher as lacunas deixadas pelas dificuldades do sistema. A reorganização do sistema de marcação de consultas e a extinção das filas é um grande avanço alcançado pelo projeto. Porém, é necessário envolver todos os profissionais de saúde na busca pela sua melhoria técnica, pela criação de uma Comissão de acolhimento com prioridades, pela reestruturação do espaço físico e por uma gerência comprometida com o serviço de saúde da unidade, pois só assim o Programa Humaniza SUS funcionará de acordo com seus princípios e diretrizes.

Além disso, este estudo a partir dos seus achados poderá contribuir na melhoria do processo de implementação do Humaniza SUS na cidade de Salvador, pois apresenta dados relevantes quanto às facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais na execução de suas atividades, bem como, as encontradas pelo usuário no que tange o acesso às ações e serviços de saúde.

Outro aspecto relevante da pesquisa foi o aspecto relacionado ao processo de trabalho em saúde. O que demonstra a necessidade da realização de outros estudos que aprofundem a referida temática. Pois, até que ponto a reorganização do processo de trabalho influenciou na melhoria ou não do acesso aos serviços de saúde?

Assim, conclui-se que esta pesquisa não consegue responder a todas as questões relacionadas ao acesso e ao Programa Humaniza SUS em Salvador. Entretanto, permite e estimula que outros trabalhos sejam realizados com o objetivo de responder a outros aspectos não trabalhados nesta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ADAMI, Nilce Piva. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, 1993. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691993000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691993000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Nov 2007.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; LEITÃO, Glória da Conceição Mesquita. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. , **Cad. Saúde Pública**, 2005, vol.21, n.º.2, ISSN 0102-311X2.

ARAÚJO, Mariza Sandra de Souza; RODRIGUES, Maísa Paulino. **O Fazer em saúde: Um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família**. Rio Grande do Norte. 2003. Disponível em: <[www.observatório.nesc.ufrn.br](http://www.observatório.nesc.ufrn.br)>. Acesso em: 04 out 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Grupo de Trabalho de Humanização. Brasília-DF: **Ministério da saúde**. 2006. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. Acesso em: 25 abril 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS. Brasília: **Ministério da saúde**. 2003. Disponível em: <[www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html](http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html)>. Acesso em: 18 jul 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento para discussão. Brasília: **Ministério da saúde**. 2003. Disponível em: <[www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html](http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html)>. Acesso em: 18 jul 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas da atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: **Ministério da saúde**. 2004. Disponível em: <[www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html](http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html)>. Acesso em: 18 jul 2006.

CAMELO et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**. v. 8. n. 4. Ribeirão Preto. Ago. 2000. Disponível em: <[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)>. Acesso em 12 jun 2006.

CAMPOS G.W. S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança**: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87

FERREIRA, F. G. **Desenvolvimento e aplicação de um modelo de programa da qualidade para o serviço público**. Florianópolis – SC, 1999.

FRANCO, Tb; BUENO, Ws; MERHY, Ee. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde**: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Publica** 1999, 15: 345-53.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo; Atlas, 2002.

GODDARD, M. SMITH, P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. **Soc. Sci. Med**, 53:1149-62, 2001.

HEIMANN L.S.; MENDONÇA M. H. **A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família no SUS**: Uma busca de identidade. In: Lima, NT; Gerschman, S; Edler, FC; organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, jun 2005.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em Educação**: abordagem qualitativa. São Paulo. EPU, 1986.

MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**. V 13, n 3, p. 44-57, set-dez 2004. Disponível em: <[www.apsp.org.br/saudesociedade](http://www.apsp.org.br/saudesociedade)>. Acesso em: 27 jul 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. de S. (organizadora); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R.; **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ, Vozes, 1994.

Parceria UFBA e SMS Humaniza Atendimento em Saúde. In: **Universidade Federal da Bahia**. Salvador, 20 maio 2006. Disponível em <[www.portal.ufba.br/ufbaempauta/2006/maio/sabado20/parceria](http://www.portal.ufba.br/ufbaempauta/2006/maio/sabado20/parceria)>. Acesso em: 01 jun 2006.

PAIM, J. S. **Atenção à saúde no Brasil**. Salvador: CEPS-ISC, 2002, p. 15-43.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**., Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 abril 2007.

POLIT, Denise F. HUNGLER, Bernardette P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre. Artmed, 2004.

Prefeitura Humaniza os serviços Básicos de Saúde. In: **Prefeitura de Participação Popular**. Salvador, maio 2006. Disponível em: <[www.salvador.ba.gov.br/noticias.php?codnot=1579](http://www.salvador.ba.gov.br/noticias.php?codnot=1579)>. Acesso em: 01 jun 2006.

Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 1, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292002000100011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000100011&lng=es&nrm=iso)>. Acesso el: 23 Nov 2006. doi: 10.1590/S1519-38292002000100011.

RAMOS, Donatela Dourado e LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2003, vol. 19, no. 1, p. 27-34. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0102-311X.

REIS, A.O.A.; MARAZINA, I.V.; GALLO, P.R. A humanização na saúde como instancia libertadora. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 13 n.3 p.36-43 set-dez 2004. Disponível em: <[www.apsp.org.br/saudeesociedade/XIII\\_3/humanizacao.htm](http://www.apsp.org.br/saudeesociedade/XIII_3/humanizacao.htm)>. Acesso em: 07jul 2006.

Salvador Mostra as Boas Praticas de Acolhimento (BAHIA). In: **Ministério da Saúde**. Salvador, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24162](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24162)>. Acesso em: 01 jun 2006.

SANTOS, Adriano Maia dos et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 28 abril 2007.

Seminário Avalia Atendimento aos Usuários do SUS. In: **Prefeitura de Participação Popular**. Salvador 19 maio 2006. Disponível em: <[www.salvador.ba.gov.br/noticias.php?codnot=3648](http://www.salvador.ba.gov.br/noticias.php?codnot=3648)> Acesso em: 01 jun 2006.

SILVA et al. Manual de Implantação do Plano de Acolhimento e Melhoria da Acessibilidade. Salvador: **Secretaria Municipal de Saúde de Salvador**. 2006

SOLLA, Jorge Jose Santos Pereira. **Acolhimento no sistema municipal de saúde**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. v.5 n.4 Recife out/dez. 2005. Disponível em:<[www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)>. Acesso em: 12 jun 2006.

Teixeira C.F et al. 2002. Promoção e vigilância da saúde: desafios e perspectivas, pp. 101-125 In **Promoção e vigilância da saúde**. CEPS/ISC, Salvador.

TEIXEIRA, C.F; SOLLA, J.J.S.P; **Modelo de Atenção à Saúde no SUS**: trajetória do debate Conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Lima, NT; Gerschman, S; Edler, FC; Suarez, JM; organizadores. **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 451-479.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa; ROSENBERG, Cornélio Pedroso; JUNQUEIRA, Claudette Barrigueta. **Acesso aos serviços de saúde**: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 21, n. 5, 1987 . Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101987000500009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000500009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Nov 2007. doi: 10.1590/S0034-89101987000500009



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - Campus I**  
**CURSO DE ENFERMAGEM - BACHARELADO**

**APÊNDICE A**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu Rívia Paloma Pereira Silva (entrevistador), sob a orientação de Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira, estou pesquisando como ocorre a Humanização do atendimento em uma Unidade Básica de Saúde do município de Salvador / Bahia, a fim de compreender em que medida a política de humanização local tem melhorado o acesso dos usuários na atenção básica.

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela, como artigos e relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado pelo Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Eu (entrevistado) (a) \_\_\_\_\_ declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “O Programa Humaniza SUS em Salvador / Ba: Um estudo de caso” e aceito nela participar.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_.

---

Entrevistador (a)  
 Telefone: 8841-6229

---

Entrevistado (a)



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - Campus I**  
**CURSO DE ENFERMAGEM – BACHARELADO**

**APÊNDICE B**

**Entrevista com os Profissionais da recepção**

**Pesquisa:** O Programa Humaniza SUS em Salvador / Ba: Um estudo de caso.

**Objetivo geral:** Analisar a operacionalização do Humaniza SUS em uma unidade básica de saúde em Salvador.

**Pesquisadora:** Rívia Paloma Pereira Silva

**Orientadora:** Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

**Local da pesquisa:** Unidade de Saúde do Distrito Sanitário Cabula – Beirú

**Entrevista n°:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_/\_\_/\_\_

**I. Identificação:**

1. Nome:
2. Sexo:
3. Idade:
4. Escolaridade:
5. Tempo que já trabalha na unidade:

**II. Recepção do usuário na unidade e Sistema de Marcação de Consultas**

1. Como é feita a marcação de consulta na unidade?
2. É feito algum tipo de priorização de casos para a marcação das consultas? Se sim, com quais critérios?
3. Existe comissão de Acolhimento? Quem participa? Como funciona?

4. É feita marcação por telefone? Se sim, desde quando? Quantas linhas estão disponíveis para os usuários? Existem profissionais que são treinados especificamente para isto?
5. Para quanto tempo estão marcadas as consultas médicas? E odontológicas? E de enfermagem?
6. Existe lista de espera? Se sim, como funciona?

### **III. Diagnóstico das filas**

1. Há filas para o atendimento? Em caso afirmativo, a que horas elas se iniciam?

### **IV. Organização das ações e dos serviços**

1. Qual a oferta de médicos?
2. Qual a oferta de odontólogos?
3. Qual a oferta de enfermeiros?
4. Existem quantos consultórios médicos? E odontológicos? E de enfermagem?
5. Quais as ações programáticas desenvolvidas nesta unidade?

### **V. Percepção sobre o projeto acolhimento**

1. Existem os existiram obstáculos para a implantação do projeto acolhimento na unidade?
2. A unidade tem alguma experiência exitosa na redução de filas? Se sim, por favor, descreva o seu funcionamento:



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - Campus I**  
**CURSO DE ENFERMAGEM – BACHARELADO**

**APÊNDICE C**

**Entrevista com os Usuários do Serviço**

**Pesquisa:** O Programa Humaniza SUS em Salvador / Ba: Um estudo de caso.

**Objetivo geral:** Analisar a operacionalização do Humaniza SUS em uma unidade básica de saúde em Salvador.

**Pesquisadora:** Rívia Paloma Pereira Silva

**Orientadora:** Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira.

**Local da pesquisa:** Unidade de Saúde do Distrito Sanitário Cabula - Beirú.

**Entrevista n°:** \_\_\_\_

**Data:** \_\_/ \_\_/ \_\_

**I. Identificação:**

Nome:

Sexo:

Idade:

Grau de escolaridade:

Ocupação:

Estado civil:

Local onde reside:

Qual o rendimento mensal da sua família em Salários Mínimos?

**II. Utilização e acesso**

1. Para que o (a) senhor (a) veio procurar essa Unidade de saúde?
2. Como foi que o (a) senhor (a) conseguiu a vaga para ser atendido hoje?

3. Quanto tempo esperou para marcar a consulta (tempo entre a chegada na Unidade e a marcação)?
4. Para quanto tempo foi agendada a consulta (tempo entre o dia da marcação e a realização da consulta)?
5. Caso tenha marcado a consulta por telefone, como foi o atendimento?
6. Se sua consulta é uma consulta de retorno, quanto tempo decorreu / levou entre a consulta anterior e o retorno?

### **III. Experiência passada**

1. O Sr. (a) já procurou esta unidade em outra oportunidade e não conseguiu atendimento?  
Em caso afirmativo, qual foi o motivo?
2. O Sr. (a) nos últimos doze meses já aconteceu de ter marcado uma consulta e não ter comparecido no dia e horário marcado nessa unidade? Se sim, qual foi o motivo?

### **IV. Avaliação subjetiva do Projeto pelo usuário**

1. Caso o senhor (a) tenha usado essa Unidade anteriormente, o senhor notou alguma diferença na marcação de consulta?
2. Qual a sua opinião sobre a marcação de consulta atual?



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - Campus I**  
**CURSO DE ENFERMAGEM – BACHARELADO**

**APÊNDICE D**

**Roteiro de Observação**

**Pesquisa:** O Programa Humaniza SUS em Salvador / Ba: Um estudo de caso.

**Objetivo geral:** Analisar a operacionalização do Humaniza SUS em uma unidade básica de saúde em Salvador.

**Pesquisadora:** Rívia Paloma Pereira Silva

**Orientadora:** Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

**Local da pesquisa:** Unidade de Saúde do Distrito Sanitário Cabula – Beirú

**Observação n°:** \_\_\_\_

**Data:** \_\_/\_\_/\_\_

<b>ROTEIRO</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
1. Descrição dos sujeitos – usuários e profissionais que freqüentam a unidade básica.	
2. Descrição de locais – observar estrutura física interna e externa.	
3. Descrições das atividades envolvidas com o PNH/ serviços oferecidos: Recepção dos usuários; diagnóstico das filas; hora de abertura da unidade; hora de abertura do SAME/Marcação; marcação presencial; marcação por telefone; funcionamento da comissão de acolhimento.	
4. Descrição de eventos especiais – relatar fatos importantes para o estudo que tenham ocorrido durante a etapa de observação.	



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - Campus I**  
**CURSO DE ENFERMAGEM – BACHARELADO**

**ANEXO A**

**Tabelas do Projeto Ampliação do acesso e melhoria do acolhimento na  
atenção básica de Salvador**

Existência de filas para o atendimento segundo informação dos gerentes das unidades de saúde, por Distrito Sanitário. Salvador, setembro de 2005.

Distritos Sanitários	Sim		Não		Não Sei		Ignorado		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Subúrbio Ferroviário	3	17	15	83	0	0	0	0	18
Itapagipe	3	50	3	50	0	0	0	0	6
Itapuã	2	50	2	50	0	0	0	0	4
Liberdade	2	50	2	50	0	0	0	0	4
São Caetano e Valéria	2	50	2	50	0	0	0	0	4
Pau da Lima	2	50	2	50	0	0	0	0	4
Barra - Rio Vermelho	2	67	1	33	0	0	0	0	3
Centro Histórico	5	100	0	0	0	0	0	0	5
Brotas	5	100	0	0	0	0	0	0	5
<b>Cabula - Beiru</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
Cajazeiras	0	0	1	100	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>51</b>	<b>29</b>	<b>49</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>59</b>

FONTE: Projeto Ampliação do acesso e melhoria do acolhimento na atenção básica de Salvador, 2005.

Distribuição de consultas na unidade segundo informação dos gerentes das unidades por Distritos Sanitários. Salvador, setembro de 2005.

Distritos Sanitários	Ordem de Chegada		Agendamento Prévio		Outro		Total
	n	%	n	%	n	%	
Subúrbio Ferroviário	2	11	17	94	1	6	18
Itapagipe	0	0	6	100	1	17	6
Itapuã	0	0	3	75	1	25	4
Liberdade	3	75	2	50	0	0	4
São Caetano - Valéria	2	50	2	50	0	0	4
Pau da Lima	1	25	4	100	0	0	4
Brotas	2	40	2	40	1	20	5
Barra - Rio Vermelho	0	0	3	100	0	0	3
Centro Histórico	4	80	3	60	0	0	5
<b>Cabula - Beiru</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
Cajazeiras	1	100	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>40</b>	<b>68</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>59</b>

FONTE: Projeto Ampliação do acesso e melhoria do acolhimento na atenção básica de Salvador, 2005.

Turnos em que ocorre a marcação de consultas segundo informação dos gerentes das unidades de saúde, por Distrito Sanitário. Salvador, setembro de 2005.

Distritos Sanitários	Manhã		Tarde		Noite		Permanente		Ignorado		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Subúrbio Ferroviário	10	56	2	11	0	0	2	11	4	22	18
Itapagipe	1	17	1	17	0	0	3	50	1	17	6
Itapuã	0	0	0	0	0	0	3	75	1	25	4
Liberdade	2	50	0	0	0	0	1	25	1	25	4
São Caetano e Valéria	1	25	1	25	0	0	2	50	0	0	4
Pau da Lima	3	75	0	0	0	0	0	0	1	25	4
Brotas	2	40	1	20	0	0	2	40	0	0	5
Barra - Rio Vermelho	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	3
Centro Histórico	1	20	0	0	0	0	0	0	4	80	5
<b>Cabula - Beiru</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>5</b>
Cajazeiras	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>41</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>59</b>

FONTE: Projeto Ampliação do acesso e melhoria do acolhimento na atenção básica de Salvador, 2005.

Horário de início das filas segundo informação dos gerentes das unidades de saúde, por Distrito Sanitário. Salvador, setembro de 2005.											
Distritos Sanitários	Antes das 4h		Entre 4h e 6h		Entre 6h e 8h		Outro		Ignorado		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Subúrbio Ferroviário	0	0	1	6	2	11	0	0	15	83	18
Itapagipe	1	17	2	33	0	0	0	0	3	50	6
Itapuã	0	0	1	25	0	0	1	25	2	50	4
Liberdade	0	0	1	25	1	25	0	0	2	50	4
São Caetano e Valéria	0	0	0	0	0	0	1	25	3	75	4
Pau da Lima	1	25	2	50	0	0	0	0	1	25	4
Barra - Rio Vermelho	1	33	0	0	0	0	1	33	1	33	3
Centro Histórico	0	0	2	40	3	60	0	0	0	0	5
Brotas	2	40	1	20	1	20	1	20	0	0	5
<b>Cabula - Beiru</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>5</b>
Cajazeiras	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>29</b>	<b>49</b>	<b>59</b>

FONTE: Projeto Ampliação do acesso e melhoria do acolhimento na atenção básica de Salvador, 2005.

Periodicidade da marcação de consultas segundo informação dos gerentes das unidades de saúde, por Distrito Sanitário. Salvador, setembro de 2005.											
Distritos Sanitários	Diariamente		Semanalmente		Quinzenalmente		Mensalmente		Ignorado		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Subúrbio Ferroviário	5	28	8	44	1	6	1	6	1	6	18
Itapagipe	4	67	2	33	0	0	0	0	0	0	6
Itapuã	3	75	0	0	0	0	0	0	1	25	4
Liberdade	1	25	1	25	0	0	0	0	1	25	4
São Caetano e Valéria	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0	4
Pau da Lima	1	25	3	75	0	0	0	0	0	0	4
Barra - Rio Vermelho	0	0	1	33	0	0	0	0	0	0	3
Centro Histórico	4	80	0	0	0	0	1	20	0	0	5
Brotas	4	80	1	20	0	0	0	0	0	0	5
<b>Cabula - Beiru</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>5</b>
Cajazeiras	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>46</b>	<b>20</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>59</b>

FONTE: Projeto Ampliação do acesso e melhoria do acolhimento na atenção básica de Salvador, 2005.