**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**A percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Básica
sobre humanização nos serviços de saúde**

Antonio Ferreira Seoane

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Doutor em Ciências.**

**Área de Concentração:
Serviços de Saúde Pública**

**Orientador:
Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes**

**São Paulo
2012**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Dedico este trabalho à memória de meu pai
e a toda a minha família.

RESUMO

Seoane AF. A percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Básica sobre humanização nos serviços de saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

O conceito de humanização é muito amplo e abrange um conjunto de conhecimentos, práticas, atitudes e relações. Envolve a efetiva participação de profissionais, gestores, usuários e movimentos sociais para que as experiências compartilhadas possam proporcionar melhorias na qualidade do atendimento na área da saúde. O objetivo foi analisar, à luz da bioética e políticas de humanização, a percepção de médicos e enfermeiros sobre humanização nos serviços de saúde. Optamos pela pesquisa qualitativa, de corte transversal, realizada mediante entrevistas com questões abertas, iniciada após prévia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. O critério de representatividade da amostra para o encerramento da coleta de dados foi o da saturação do discurso. A interpretação do material coletado seguiu os preceitos da análise de conteúdo. Os sujeitos foram médicos e enfermeiros de unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) da região da Capela do Socorro, município de São Paulo. De acordo com os resultados encontrados, os entrevistados apreendem a humanização em aspectos comuns como integralidade, direito dos usuários, dificuldades nas relações, valorização profissional e ambiência. Demonstram, porém, que essa percepção sofre influência quando considerado o serviço onde prestam atendimento, surgindo então novas categorias particulares a cada serviço. Alteridade, trabalho em equipe, acesso ininterrupto, avaliação de risco e respeito à autonomia na AMA e prevenção e promoção à saúde, cuidado, vínculo e respeito à privacidade na ESF. Concluimos que a percepção sobre humanização dos profissionais tem distintos sentidos e significados variados. Situações comuns e particulares a cada tipo de serviço são vividas no cotidiano, influenciando a percepção sobre humanização. Essas ocorrências podem afetar a preservação dos direitos de usuários e profissionais, tornando-se fundamental a efetiva participação de todos para a consolidação de políticas públicas que busquem melhorias na área da saúde e amplo respeito aos direitos.

Palavras-chave: Bioética. Humanização à Saúde; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família (ESF); Assistência Médica Ambulatorial (AMA).

ABSTRACT

Seoane AF. The doctors and nurses perception on the Basic Attention about humanization on the Healthcare Service [thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

The concept of humanization is very wide and comprehends a group of knowledge, practices, attitudes and relationships. It involves the effective participation of professionals, managers, users and social movements so that the shared experiences are able to offer improvements to the quality of reception on the healthcare area. The objective was to analyze, in light of bioethics and policies of humanization, the perception of doctors and nurses on humanization in healthcare services. We decided to apply a qualitative research, cross-sectional, carried out through interviews with open questions, started after prior approval of the Research Ethics Committee. The representativeness criterion of the sample for the closure of data collection was the saturation of the discourse. The interpretation of collected material was based on the precepts of content analysis. The subjects were doctors and nurses of units with Family Health Strategy (ESF) and Outpatient Medical Care Units (AMA) in the region of Capela do Socorro, municipality of São Paulo. According to the results found, the respondents perceive the humanization in common aspects such as integrality, right from the users, difficulties in relationships, professional value and ambience. They demonstrate, however, that this perception is influenced when the service is considered according to the place they are done, emerging, then, new particular categories to each service. Alterity, team work, uninterrupted access, risk analysis and respect to the AMA autonomy and prevention and health promotion, care, bond, and respect for privacy in the ESF. We conclude that the perception of the humanization of professionals have different senses and varying meanings. Common and particular situations to each type of service are experienced in daily life, influencing the perception of the humanization. These occurrences can affect the preservation of the rights of users and professionals, becoming essential to the effective participation of all for the consolidation of public policies that seek improvements in the area of health and broad respect for the rights.

Keywords: Bioethics; Healthcare Humanization; Basic Care; Family Health Strategy (FHS); Outpatient Medical Care (AMA).

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	AS TRANSFORMAÇÕES NAS RELAÇÕES DA ATENÇÃO À SAÚDE	13
1.2	A EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO MUNDO	15
1.3	A EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO BRASIL	16
1.4	A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	20
1.4.1	Estratégia Saúde da Família (ESF)	22
1.4.2	Assistência Médica Ambulatorial (AMA)	24
1.5	AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (OS)	26
2	OBJETIVO	28
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
3.1	TIPO DE ESTUDO	29
3.2	SUJEITOS DO ESTUDO	31
3.2.1	Perfil dos médicos entrevistados	32
3.2.2	Perfil dos enfermeiros entrevistados	33
3.3	CENÁRIO DO ESTUDO	36
3.3.1	Região da Capela do Socorro	36
3.3.2	Associação Saúde da Família (ASF)	42
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
3.5	COLETA DE DADOS	43
4	MARCO REFERENCIAL TEÓRICO.....	45
4.1	A BIOÉTICA E AS PROPOSTAS DE DISCUSSÃO DE PROBLEMAS ÉTICOS.....	46
4.1.1	O Modelo Principlista	50
4.1.1.1	Respeito à autonomia	52
4.1.1.2	Não maleficência.....	54
4.1.1.3	Beneficência	55
4.1.1.4	Justiça	56
4.1.2	O Principlismo Hierarquizado	58
4.1.3	O Modelo do Cuidado: a ênfase nas relações	62
4.1.4	A Ética Profissional	65
4.2	A HUMANIZAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE	68

5	RESULTADOS	71
5.1	CATEGORIAS EMPÍRICAS: PERCEPÇÕES COMUNS SOBRE HUMANIZAÇÃO DA AMA E ESF	72
5.1.1	Integralidade da atenção à saúde.....	73
5.1.2	Direitos dos usuários.....	74
5.1.3	Relações entre profissionais e usuários.....	76
5.1.4	Valorização do profissional	77
5.1.5	Ambiência	79
5.2	CATEGORIAS EMPÍRICAS: PERCEPÇÕES EXCLUSIVAS DA AMA.....	79
5.2.1	Respeito à autonomia.....	80
5.2.2	Alteridade.....	81
5.2.3	Trabalho em equipe.....	81
5.2.4	Acesso ininterrupto	82
5.2.5	Avaliação de risco.....	83
5.3	CATEGORIAS EMPÍRICAS: PERCEPÇÕES EXCLUSIVAS DA ESF	83
5.3.1	Prevenção e Promoção à Saúde	84
5.3.2	Cuidado com o usuário	84
5.3.3	Vínculo.....	86
5.3.4	Privacidade.....	87
6	DISCUSSÃO	88
6.1	INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	88
6.2	OS DIREITOS DOS USUÁRIOS	93
6.3	AS RELAÇÕES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	102
6.4	VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL	115
6.5	AMBIÊNCIA.....	117
6.6	AValiação DE RISCO	119
6.7	PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE	121
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
8	REFERÊNCIAS	133
	ANEXOS	147
	Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP e SMSSP.....	148
	Anexo B – Consentimento Institucional para a realização da pesquisa	152
	Anexo C – Termo de responsabilidade do pesquisador	153

LISTA DE QUADROS, TABELA E FIGURA

Quadro 1 –	Perfil dos médicos entrevistados	33
Quadro 2 –	Perfil dos enfermeiros entrevistados	35
Quadro 3 –	Categorias empíricas surgidas dos discursos dos profissionais	71
Quadro 4 –	Categorias comuns da ASF e AMA	72
Quadro 5 –	Categorias exclusivas da AMA	79
Quadro 6 –	Categorias exclusivas da ESF	83
Tabela 1 –	Dados Demográficos da Subprefeitura da Capela do Socorro	37
Figura 1 –	Mapa de localização da região da Capela do Socorro (SP)	41

LISTA DAS SIGLAS E ABREVIATURAS MAIS UTILIZADAS

AB	Atenção Básica
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMA-E	Assistência Médica Ambulatorial Especialidades
ASF	Associação Saúde da Família
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSS	Organizações Sociais da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSSP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

Meu primeiro contato com a Bioética aconteceu em um seminário realizado na Prefeitura de São Paulo sobre “*Ética em pesquisa com seres humanos*”, no início dos anos 2000. De alguma forma, aquele cartaz afixado na unidade básica onde trabalhava começava a mudar o rumo da minha vida profissional.

Apesar da formação em Odontologia, não havia, até então, tido oportunidade de conhecer a Bioética, disciplina inexistente no meu curso de formação e distante dos meus projetos.

Meu interesse surgiu a partir desse seminário e resolvi fazer um curso de Especialização em Saúde Pública, durante o qual, em algumas disciplinas, os problemas e dilemas vividos nos serviços de saúde eram discutidos.

No transcorrer do curso, fui convidado a assumir provisoriamente a chefia de uma Unidade Básica de Saúde da Prefeitura de São Paulo, para cobrir as férias do gerente da unidade, iniciando minha carreira administrativa na saúde.

Na função de auxiliar de chefia, permaneci por dois anos, até ser convidado a assumir a gerência de uma unidade com ESF (Estratégia Saúde da Família) na região do Heliópolis, bairro do município de São Paulo conhecido por abrigar uma das maiores comunidades da cidade.

Durante os quatro anos como gerente de ESF, muitas foram as situações que me fizeram refletir sobre questões bioéticas e de humanização que ocorriam cotidianamente no serviço. Com um ano de exercício nessa nova unidade, ingressei no curso de mestrado em Saúde Pública da USP, que me possibilitava refletir ainda mais sobre determinadas questões.

Diante de tantas angústias, optamos por conhecer a percepção dos usuários das unidades com ESF sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações.

A sequência da minha vida profissional me possibilitou a aproximação com novas unidades de saúde conhecidas como AMA (Assistência Médica Ambulatorial), permitindo uma bagagem de conhecimento técnico-administrativo desses dois serviços de atenção à saúde.

A partir daí, meu interesse em torno da humanização cresceu e, ao participar do Grupo de Bioética e Humanização da FSP da USP, nasceu novamente o desafio para prosseguir os estudos e iniciar o curso de doutorado, cada vez com mais reflexões, pensamentos e angústias.

Dentre tantas outras curiosidades, que só têm aumentado com o passar dos anos, nos propusemos a conhecer mais sobre a humanização e quais eram as percepções dos profissionais das unidades AMA e ESF sobre o tema.

São unidades de saúde implantadas na Atenção Básica do Município de São Paulo, mas que executam diferentes serviços de assistência aos usuários. Enquanto a AMA recebe pacientes com demanda espontânea, sem região definida e atendendo casos de média e baixa complexidade, a ESF procura reorganizar a saúde no território previamente delimitado, com o objetivo de prevenir os agravos à saúde.

Um texto de Deslandes foi importante para a decisão sobre o tema do trabalho do doutorado. Nele, ela afirma que por não se ter clara a definição do conceito de “humanização” na área da saúde, a opinião dos profissionais deveria ter lugar relevante no cotidiano institucional. Frente a essa indefinição, nos pareceu importante conhecer a visão dos atores.

A princípio, pensamos em entrevistar vários profissionais, mas decidimos, por fim, ouvir somente os que eram comuns aos dois serviços. Existiam assistentes sociais, dentistas e farmacêuticos somente em algumas das unidades, o que nos fez aplicar as entrevistas em enfermeiros e médicos.

Acreditamos que seja importante analisar a percepção dos profissionais sobre humanização para podermos contribuir para o aperfeiçoamento da Saúde Pública do nosso País.

1 INTRODUÇÃO

O avanço da tecnologia tem sido apresentado como o grande responsável pelo distanciamento entre profissionais de saúde e usuários; e quanto mais tecnicizada a medicina, mais desumana a relação entre seus atores (Gallian, 2000; Martins, 2001; Drane, Pessini, 2005; Oliveira et al., 2006).

Vários têm sido os estudos sobre a humanização na área da saúde, e muitas também são as propostas para o enfrentamento das dificuldades que envolvem a humanização nos serviços.

Mas o que significa humanizar?

No dicionário Aurélio, humanizar significa tornar humano, tornar benévolo, humanar-se, civilizar (Ferreira, 1999).

A palavra humanizar significa tornar humano, tornar as pessoas humanas, ajudar os outros a serem humanos e poderem realizar seus próprios objetivos como seres humanos. Enfim, ajudá-los a viver humanamente (Gracia, 2010).

Humanizar é organizar-se na luta contra a inumanidade, quaisquer que sejam as formas que ela adote (Oliveira et al., 2006).

Humanizar significa reconhecer as pessoas na sua singularidade, com suas crenças, valores e desejos e entender que procuram nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades, aumentando as possibilidades para exercer sua autonomia (Zoboli et al., 2001).

Humanizar é entender cada pessoa em sua singularidade e necessidades, criando condições para que tenha possibilidades de exercer seus anseios de forma autônoma (Fortes, 2004).

Refere-se, ainda, à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde; é adotar uma postura ética de respeito ao outro, entendido não apenas como um consumidor, mas como cidadão (Fortes, 2004).

Entretanto, se hoje nos preocupamos em humanizar os serviços de saúde e as relações que envolvem todos os seus atores é porque, em algum momento, houve mudanças nessas relações.

1.1 AS TRANSFORMAÇÕES NAS RELAÇÕES DA ATENÇÃO À SAÚDE

Para entendermos melhor essas mudanças, buscaremos explicações históricas das causas e do momento em que esse processo se transformou, tornando-se motivo de grande reflexão para diversos autores ao discutirem a humanização nas Instituições de Saúde.

Durante a antiguidade e Idade Média, não se incluía a vida emocional no rol das faculdades superiores do ser humano. O positivismo, do século XIX, convenceu os profissionais de saúde de que a medicina não poderia ser científica enquanto não se ativesse de modo rigoroso e restrito aos fatos (Gracia, 2010).

Na área da saúde, a tomada de decisão do profissional não podia levar em conta os valores do paciente. As emoções só começaram a exercer papel de destaque na cultura Europeia a partir do século XVIII, sobretudo pelos pensadores moralistas ingleses e escoceses. Até essa época, o sentimento não era uma faculdade superior, era irracional e até mesmo desumana (Gracia, 2010).

A partir dessa valorização dos sentimentos e, portanto, da vida emocional, houve o desenvolvimento de um mundo novo, o mundo do valor. Segundo o autor, essa consciência de que a razão não é tudo, nem o mais importante, ganhou força no decurso do século XIX e XX, quando o racionalismo entrou em colapso, instaurando a crise da razão (Gracia, 2010).

No curso do último século, aprendemos muito sobre a importância das emoções e dos sentimentos para a vida humana e sobre os conflitos entre razão e emoção (Gracia, 2010).

Atualmente, os valores podem e devem cumprir um importante papel na atenção à saúde, e a não concordância desses valores pelos profissionais pode levar a ações tecnicamente corretas, porém desumanas (Gallian, 2000).

A humanização exige resgatar e incluir nas atividades dos profissionais de saúde, além do mundo dos fatos, o mundo dos valores, superando a proposta positivista (Gracia, 2010).

Durante o século XIX, mesmo com o progresso do desenvolvimento do método científico, o profissional da saúde, além do conhecimento científico no campo da clínica, da patologia e da farmacologia, buscava conhecimentos na literatura, filosofia e história. Ou seja, juntava ao conhecimento científico o humanístico e os empregava igualmente na formulação de seus diagnósticos e prognósticos (Gallian, 2000).

Na época, a proximidade com os pacientes o tornava um profissional admirável, que sabia que curar ia além da intervenção exclusivamente técnica e que, portanto, envolvia noções de caráter cultural e emocional (Gallian, 2000).

Foi na segunda metade do século XIX que a medicina humanística marcou o início da sua crise, com importantes descobertas no campo da microbiologia, com o desenvolvimento das análises laboratoriais, a penicilina e novos métodos clínicos. Essas descobertas desencadearam uma verdadeira transformação na ciência biomédica, possibilitando uma eficácia na cura e um domínio sobre as doenças até então jamais vistos (Gallian, 2000).

Essa mudança fez com que no início do século XX houvesse uma modificação na formação, atuação e na escala de valores dos profissionais de saúde e, à medida que o prestígio das ciências experimentais aumentava, o das ciências humanas desaparecia no meio biomédico (Gallian, 2000).

Esses profissionais tornavam-se técnicos, especialistas e profundos conhecedores de exames complexos, distanciando-se do aspecto humano e, portanto, cada vez mais afastados física e emocionalmente do paciente que assistiam (Gallian, 2000).

Todo o rápido desenvolvimento científico fez nascer um novo homem, o homem moderno, com relações humanas mais distantes e menos significativas, um homem menos humanizado, mais centrado em si mesmo e em seu trabalho (Martins, 2001; Oliveira et al., 2006).

Esse mesmo desenvolvimento científico e tecnológico, a própria especialização na área da saúde, que tem trazido inegáveis benefícios, promovem, por outro lado, a desumanização, afastando os serviços da singularidade do paciente, de suas emoções, crenças e valores, não oferecendo um atendimento de boa qualidade (Martins, 2001; Oliveira et al., 2006).

A doença humana é uma realidade complexa, e seu tratamento, no atual sistema de saúde, é fragmentado. Diversos profissionais podem estar envolvidos na cura da doença, e cada um deles observa o paciente de sua perspectiva (Drane, Pessini, 2005).

Esses profissionais comumente têm problemas de comunicação com seus pacientes e outros profissionais, ocorrendo que, por vezes, determinadas necessidades básicas do paciente sejam desprezadas, como, por exemplo, o simples ato de ser ouvido. Em todos os segmentos do atual sistema de saúde baseado na alta tecnologia, o diálogo interpessoal dificulta a relação profissional-paciente (Drane, Pessini, 2005).

As inúmeras alterações tecnológicas e a comunicação deficiente observada por diversos autores nas relações entre profissionais de saúde e usuários aprofundaram a discussão sobre as formas de humanizar os serviços de saúde.

1.2 A EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO MUNDO

Podemos dizer que humanização da atenção à saúde está baseada na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), cujo artigo 1º afirma que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (ONU, 1948).

A primeira declaração de direitos dos pacientes reconhecida pela literatura foi emitida pelo Hospital *Mont Sinai*, em Boston, nos Estados Unidos da América, em 1972, e, um ano depois, a Associação Americana de Hospitais elaborou a Carta dos Direitos dos Pacientes, revisada posteriormente em 1992 (Fortes, 2004).

Reforçando a saúde como um direito, mesmo que de forma aparentemente utópica, a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu em Alma-Ata, em setembro de 1978, reafirmou que “saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental” (OMS, 1978).

No Continente Europeu, desde o final dos anos 1970, foram emitidos diversos documentos sobre os direitos dos usuários da saúde. Em 1979, a Comunidade Econômica Europeia colocou na “Carta do Doente Usuário de Hospital” o direito do paciente hospitalizado à autodeterminação, a aceitar ou recusar os cuidados propostos pelos profissionais de saúde, e também a obrigatoriedade do fornecimento das informações sobre todos os fatos referentes ao seu estado de saúde (Fortes, 2004).

A Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes foi apresentada em Bruxelas pela Rede de Cidadania Ativa (*Active Citizenship Network*), em 15 de novembro de 2002. Os direitos inscritos na Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes têm como ponto de partida o artigo 35º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (Active Citizenship Network, 2002).

A Carta afirmava que os povos da Europa, estabelecendo entre si uma união cada vez mais estreita, decidiram partilhar um futuro de paz, baseados em valores comuns, e visam garantir a proteção da saúde dos pacientes e assegurar um nível elevado de serviços que são prestados por parte dos vários sistemas nacionais de saúde na Europa (Active Citizenship Network, 2002).

Para a Carta Europeia, os catorze direitos do paciente são uma expressão dos direitos da pessoa humana. Por isso, além do 35º artigo, existem outros que se referem, direta ou indiretamente, aos direitos dos pacientes.

Entre eles estão a dignidade do ser humano; o direito à vida; o direito à integridade; o direito à liberdade e à segurança; proteção de dados pessoais; não discriminação; diversidade cultural, religiosa e linguística; direitos das crianças e das pessoas idosas; condições de trabalho justas e equitativas; segurança social e assistência social; proteção do ambiente; defesa dos consumidores; liberdade de circulação e de permanência (Active Citizenship Network, 2002).

Com a crise econômica da Europa, conhecemos os diversos problemas que os países têm enfrentado com o preconceito, discriminação e violência física contra estrangeiros, sustentados, muitas vezes, por ideais de nacionalismo. Esse fenômeno traz consequências negativas à humanização dos serviços de saúde e fere os direitos dos cidadãos.

A preocupação com a humanização dos serviços também acontece no Brasil, em várias discussões sobre a necessidade de se humanizar a saúde e respeitar os direitos dos pacientes.

1.3 A EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO BRASIL

A luta pela humanização das práticas de saúde no Brasil fazia parte das discussões desde o movimento feminista na década de 1960, ganhando expressão no debate em torno da saúde da mulher (Benevides, Passos, 2005).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica de 1978 foi importante para a eclosão do Movimento Sanitário Brasileiro em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos usuários e profissionais dos serviços nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (MS, 2005a).

A Lei n. 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, trazendo diretrizes e normas que se referem à humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e ao direito à informação sobre a sua própria saúde (Brasil, 1990b).

Recentemente, a Lei n. 12.401, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 29 de abril de 2011 e em vigor a partir de outubro do mesmo ano, trouxe alterações à Lei n. 8080/90 com a inclusão do Capítulo VIII, que acrescenta a assistência terapêutica e a incorporação de novas tecnologias em saúde (Brasil, 2011b).

Na década de 1980, a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde foram marcados pelos princípios da eficácia, otimização e eficiência e, a partir dos anos 1990, foram incorporadas noções de qualidade, equidade, satisfação e autonomia do usuário (Fortes, 2004).

A partir dos anos 80, iniciam-se movimentos reivindicando mudanças das práticas de saúde, mas que chegam sem força aos anos 2000. A humanização perde força, pois se apresenta segmentada por áreas e por níveis de atenção, identificadas ao exercício de certas profissões, características de gênero e orientadas por pressões de mercado (Benevides, Passos, 2005).

Em 1990, com a Lei n. 8.069, de 13 de julho, o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seus artigos 11 e 12, afirma que os estabelecimentos de saúde, nos casos que envolvem internação, devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável. Além disso, deve manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato estar próximo à sua mãe (Brasil, 1990a).

No Estado de São Paulo, em 1995, no Código de Saúde do Estado de São Paulo – Lei complementar n. 791/95 –, a questão dos direitos do paciente foi contemplada: os indivíduos podem decidir livremente sobre a aceitação ou a recusa da prestação da assistência à saúde, têm o direito a serem tratados com presteza, privacidade e respeito, assim como o de serem informados sobre seu estado de saúde e as alternativas possíveis de tratamento (São Paulo, 1995).

Nesse mesmo ano, foi emitido pelo Conselho de Saúde do Estado de São Paulo a Cartilha dos Direitos do Paciente, a partir de estudos efetuados pelo Fórum Permanente de Patologias Crônicas, cujas diretrizes e princípios foram inspiradores da Lei estadual n. 10.241, promulgada em 17 de março de 1999, relativa aos direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado (São Paulo, 1999).

A Lei n. 10.241 expressa, entre outros, o direito do usuário a receber um atendimento digno, atencioso e respeitoso; a ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome; a não ser identificado ou tratado por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso; a ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública (São Paulo, 1999).

Afirma também o direito a poder identificar as pessoas responsáveis, direta e indiretamente, por sua assistência; receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados e ações terapêuticas;

a consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados; a acessar a qualquer momento o seu prontuário médico (São Paulo, 1999).

No ano de 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, e o tema da humanização iniciava um movimento para interferir nas agendas das políticas públicas de saúde (MS, 2001a).

Entre 2000 e 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com a finalidade de criar comitês de humanização voltados para a melhoria da qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, do trabalhador (MS, 2001a).

Outras ações no campo da humanização também foram propostas, principalmente no âmbito hospitalar, pelo Ministério da Saúde (MS).

Em 1999, houve o estabelecimento do procedimento de “Carta ao Usuário”, pelo qual o MS enviava cartas dos serviços de internação hospitalar da rede SUS (Sistema Único de Saúde) para que os usuários tomassem conhecimento e conferissem os procedimentos realizados e materiais utilizados, além dos valores cobrados pelo hospital e pagos pelo SUS.

Diversos outros programas foram implantados, como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (método canguru) (2000).

Ainda que a palavra humanização não estivesse presente em todos os Programas, percebia-se estreita relação que se estabelecia entre qualidade na atenção, humanização e satisfação do usuário. Essas iniciativas encontravam um cenário ambíguo, em que a humanização era reivindicada por usuários e alguns profissionais, mas não contavam com apoio integral de grande parte dos gestores (Benevides, Passos, 2005).

Isso porque, enquanto os usuários reivindicavam o direito à atenção com acolhimento de modo resolutivo, os profissionais exigiam melhores condições de trabalho. Os críticos às propostas humanizadoras denunciavam que as iniciativas existentes se reduziam a mudanças que não chegavam à discussão efetiva dos modelos de atenção e de gestão organizados (Benevides, Passos, 2005).

Em 2006, a humanização da atenção à saúde recebeu importante enfoque com a edição da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, revisada pela Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009 (MS, 2009).

Essa Carta dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, ao considerar que: toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde; toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde; toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos (MS, 2009).

Afirma, ainda, que toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde; deve ter responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção; tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação; tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores (MS, 2009).

Não há dúvida de que a Declaração dos Direitos Humanos e todas as iniciativas para uma política de humanização dos serviços de saúde foram de grande importância e que, a partir delas, houve uma evolução qualitativa na atenção aos direitos dos usuários, incentivando a discussão e efetivação de práticas humanizadoras no Brasil. No entanto, existe ainda um longo caminho a ser percorrido nos serviços em busca de avanços nas relações estabelecidas e também no comprometimento dos usuários pelos seus direitos e deveres (Seoane et al., 2010).

Assim, somente quando o respeito aos direitos passarem a ser valorizados no cotidiano das pessoas é que poderemos afirmar que a humanização da atenção à saúde se efetivou. Muito mais do que Leis Nacionais, Tratados, Convenções ou Declarações Internacionais que garantam os direitos dos cidadãos à saúde, é no desenvolvimento sócio, econômico e cultural que eles se solidificam (Seoane et al., 2010).

O sistema de saúde brasileiro está organizado em atenção básica ou primária à saúde, atenção secundária e terciária, de acordo com a complexidade dos casos que envolvem a doença e os cuidados à saúde.

Nosso estudo sobre a percepção de humanização dos profissionais de saúde foi desenvolvido em unidades que compõem o alicerce do sistema de saúde brasileiro, ou seja, a Atenção Básica à Saúde.

1.4 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Em 1988, como marco da redemocratização do País, foi aprovada a nova Constituição Federal do Brasil.

Entre suas determinações, estabeleceram-se as bases para a edição da Lei n. 8080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, foi posteriormente complementada pela Lei n. 8142/90. O sistema de saúde atual é baseado nessa legislação e tem sido implementado por meio de normas operacionais e portarias ministeriais (Brasil, 1990c).

O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao dispor, entre outras providências, sobre a organização do SUS, o planejamento e assistência à saúde e a articulação interfederativa.

O Decreto oficializou a Atenção Primária como porta de entrada do SUS, ordenando o acesso às ações e serviços. Também salientou a importância dos Contratos Organizativos da Ação Pública, para que os municípios tenham papel cada vez mais relevante no planejamento das políticas públicas de saúde, constituindo uma rede pública regionalizada, com competências e responsabilidades solidárias, próprias de cada esfera de governo (Brasil, 2011a).

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à saúde:

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (MS, 2011).

A Declaração de Alma-Ata – Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde – realizada em Alma-Ata, URSS, entre 06 e 12 de setembro de 1978, informa que os cuidados primários à saúde são baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal dos indivíduos, mediante sua total participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema nacional de saúde e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

É importante salientar que a Declaração de Alma-Ata afirma que os cuidados primários à saúde devem estar ao alcance universal dos indivíduos, mas a um custo que a comunidade possa manter, de acordo com as fases de seu desenvolvimento.

Os cuidados primários dizem respeito aos principais problemas de saúde da comunidade, por meio dos quais são proporcionados, conforme as necessidades, serviços de proteção, cura e reabilitação. Incluem educação, prevenção e controle de doenças transmissíveis e infecciosas, endêmicas ou epidêmicas, alimentação adequada, saneamento, provisão de água potável, cuidados de saúde materno-infantil e planejamento familiar, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e acesso a medicamentos essenciais (OMS, 1978).

Dois anos após a Declaração de Alma-Ata, em março de 1980, ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, que debateu a implantação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, a regionalização e organização dos serviços de saúde nas Universidades Federais, além da articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde (MS, 1980).

A Atenção Básica (AB) considera a singularidade do sujeito, sua complexidade e busca a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável. A Política Nacional de Atenção Básica credita à Saúde da Família sua estratégia mais importante para ampliação e consolidação da AB. A qualificação da ESF e de outras estratégias de organização da AB deverão adotar as diretrizes da atenção básica e do SUS, conformando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais (MS, 2011).

Assistimos à emergência de uma série de novos discursos no campo da saúde pública, como a vigilância, a ESF e a preocupação com a diminuição da vulnerabilidade. Essas propostas seriam efetivadas se houvesse transformações no nosso modo de agir e pensar a saúde, especialmente em suas hipóteses e fundamentos filosóficos (Ayres, 2004).

No período anterior à criação do SUS, a atenção primária à saúde representava um Marco Referencial para a organização dos serviços, em uma lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo de assistência à saúde (Gil, 2006).

Após o SUS e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, se tornou cada vez mais frequente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais. Nos últimos anos, vimos o desenvolvimento do Programa Saúde da Família, que reanimou esse debate ao mencionar a superposição desses referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais (Gil, 2006).

1.4.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

No Brasil, a partir do começo da década de 90, o MS inicia a implantação do Programa Saúde da Família, de maneira a reorientar o modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em São Paulo, essa implantação se deu em 1996, inicialmente na região leste e sudeste da cidade, como um modelo de atenção que incorporou as perspectivas do SUS, previstas na Constituição de 1988 (MS, 2001b).

As equipes multiprofissionais do PSF (Programa Saúde da Família) priorizam reorientar a assistência em função dos fatores de risco da comunidade e são responsáveis pelo acompanhamento de um número limitado e definido de famílias, localizadas em área demarcada geograficamente. Objetivam a prevenção e promoção da saúde e o atendimento dos indivíduos, com assistência integral, enfoque familiar, participação social do serviço prestado, intersetorialidade, intervenção nos fatores de risco e espaço para criação e aprimoramento da cidadania e humanização das práticas em saúde (MS, 2001b).

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com a intenção de reordenar o modelo de atenção no SUS. Tenta racionalizar a utilização dos demais níveis assistenciais e produzir resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas (MS, 2001b).

Segundo o Ministério da Saúde,

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. (...) Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo,

4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (MS, 2012).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) porque o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Como se considera o PSF uma estratégia de reorganização da atenção primária, não se pode calcular tempo para finalizar essa reorganização.

Questionamentos quanto a ser um programa ou estratégia compõem uma das controvérsias envolvendo o PSF. Lançado como programa em 1994, foi catalogado posteriormente como estratégia, buscando distinguir-se dos programas tradicionais já produzidos pelo MS. A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, define-o efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Sua implantação segue abrindo tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa, que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos; de outro lado, reivindica a posição de “estratégia”, por sinalizar um caminho possível para se atingir os objetivos do SUS. Reorienta o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo (Ribeiro, Pires, Blank, 2004).

O Programa Saúde da Família e Estratégia Saúde da Família foram utilizados até o momento como equivalentes, porém, a partir desse ponto, passaremos a utilizar unicamente Estratégia Saúde da Família (ESF).

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia Saúde da Família, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado Atenção Básica à Saúde no Brasil e de suas relações com os demais níveis do sistema (MS, 2004a).

Essa discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizacionais do SUS (MS, 2004a).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela ESF, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo MS e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Essa compreensão supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional, dirigidas às populações de territórios demarcados, pelos quais assumem responsabilidade (MS, 2004a).

As equipes multiprofissionais presentes nas unidades com ESF possuem diversos momentos previstos de reflexão e discussão das situações diárias que envolvem as famílias assistidas e conseguem somar os diversos saberes para buscar melhorias na qualidade da atenção à saúde da comunidade.

O desafio na condução de uma cidade com mais de dez milhões de habitantes e com uma parcela importante da população economicamente ativa induz a mudanças de paradigmas no modelo de assistência à saúde, sendo necessárias adequações técnicas, administrativas e olhar diferenciado que direcione os avanços com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde (São Paulo, 2009).

Foi nesse contexto que a Secretaria Municipal de Saúde implantou, em 2005, a AMA – Assistência Médica Ambulatorial (São Paulo, 2009).

1.4.2 Assistência Médica Ambulatorial (AMA)

Além da manutenção e ampliação de unidades com Estratégia Saúde da Família, a SMSSP criou serviços de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), que, mesmo contrariando o conceito de Atenção Básica, foram implantados nesse campo de atuação.

Um dos objetivos da SMSSP é consolidar o SUS, desenvolvendo estratégias efetivas com enfoque na promoção, prevenção e reabilitação em todos os níveis de assistência. Os novos desafios que se impõem na vida dos cidadãos de uma grande metrópole e o estilo de vida do paulistano pressupõem mudanças de paradigmas e adequações no modelo de assistência à saúde (São Paulo, 2009).

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo identificou a necessidade de racionalizar e hierarquizar a oferta de serviços no território, propondo, em 2005, a criação das

Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA). Essas unidades integradas e articuladas à rede de serviços atendem à demanda espontânea de agravos menores e possibilita que os serviços de urgência e emergências tenham seus recursos destinados à assistência de maior complexidade (São Paulo, 2009).

As unidades AMA absorvem a demanda de baixa densidade e média complexidade, sem perder a medida do risco e a necessidade da continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência básica, e fazem parte de um modelo de assistência criado a partir da necessidade de responder a uma demanda crescente por atendimentos de urgência. Representam unidades que devem funcionar de modo integrado à rede básica de saúde e contar com a contribuição de uma rede referenciada (São Paulo, 2009).

Essa rede referenciada prevê que a unidade com ESF disponibilize vagas no seu agendamento para serem utilizadas pelas AMA, de forma que possam encaminhar pacientes que necessitem de acompanhamento.

Por tecnologia de baixa densidade, entende-se que a AB realiza alguns procedimentos mais simples e de baixo custo ou menos custosos, para atender grande parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (Brasil, 2007).

A média complexidade ambulatorial é composta por ações, serviços, profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde dos usuários (Brasil, 2007).

A gestão das unidades AMA vem sendo compartilhada entre Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP) e entidades da sociedade civil. As características de cada AMA podem admitir alterações, de acordo com as necessidades locais, podendo funcionar até 24 horas (São Paulo, 2009).

Essas unidades estão sendo implantadas e acopladas às UBS, que apresentam condições de adaptação do espaço físico. Seu objetivo é o de ampliar o acesso de pacientes que necessitam de atendimento imediato, a fim de racionalizar, organizar e estabelecer o fluxo de pacientes para as UBS, Ambulatórios de Especialidades e Hospitais. Por ser um serviço atual, o perfil dos profissionais atuantes ainda está em construção (São Paulo, 2009).

Ao implantar as unidades AMA no mesmo espaço onde anteriormente existiam somente as UBS, esses serviços acabam por ter seu espaço reduzido, contribuindo para a insatisfação dos profissionais e usuários e provocando situações de conflito.

A gestão compartilhada tem ocorrido progressivamente entre a SMSSP e entidades privadas do setor da saúde, por meio de convênio com as chamadas Organizações Sociais (OS).

1.5 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (OS)

Em 1997, por meio da Medida Provisória n. 1.591, o Governo Federal estabeleceu critérios para definir, sob a denominação de Organizações Sociais (OS), as entidades que, uma vez autorizadas, estariam aptas a serem parceiras do Estado, na condução da coisa pública. Aprovou-se no Congresso Nacional a Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e a criação do Programa Nacional de Publicização (Brasil, 1998).

O objetivo formal da chamada Lei das OS foi o de qualificar como Organizações Sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades fossem dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (Brasil, 1998).

No caso da Saúde, a Lei ressaltou que a Organização Social que absorver atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde deverá considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do SUS, expressos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990b).

Por força da Lei, as Organizações Sociais podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública, porque essas são consideradas atribuições privativas do Conselho de Administração. Esse Conselho tem poder para aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que devem adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade (Brasil, 1998).

No Estado de São Paulo, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) representam um modelo de parceria adotado pelo governo do Estado de São Paulo para a gestão de unidades de saúde, finalizado entre 1998 e 2001, previsto no Programa Metropolitano de Saúde, formalizado pela Lei complementar n. 846 de 04 de junho de 1998 (São Paulo, 1998).

A Legislação Estadual regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde (OSS) e que, em

decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando ao gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde (São Paulo, 1998).

No Município de São Paulo, a Lei n. 14.132, de 24 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais, afirma que o Poder Executivo qualificará como Organizações Sociais (OS) pessoas jurídicas de direito privado, cujas atividades sejam dirigidas à saúde. Segundo a SMSSP, como principal objetivo está a modernização da gestão da saúde, aportando maior agilidade e melhoria da prestação de serviços à população (São Paulo, 2006).

As Organizações Sociais (OS) são entidades reconhecidas por lei como pessoas jurídicas de utilidade pública. A qualificação como Organização Social exige que elas atendam a princípios como legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade, e que façam coro com as linhas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, esses contratos garantem atendimento à população como preconizado pelo SUS, inclusive adotando sua tabela de valores para procedimentos.

As OS qualificadas para atuarem no Sistema de Saúde do Município irão cumprir regras estabelecidas por um contrato de gestão e metas de acordo com a política pública para o setor. Elas devem atender às exigências impostas pelas características epidemiológicas de cada região da Cidade de São Paulo e pelo tamanho da população. Todas elas têm de comprovar atuação de pelo menos cinco anos na área da saúde pública (São Paulo, 1998).

2 OBJETIVO

Analisar a percepção de médicos e enfermeiros das unidades Estratégia Saúde da Família (ESF) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) sobre a humanização na saúde, à luz da bioética e políticas de humanização.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade,

(...) inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. Traçar o caminho da pesquisa, optar pelo instrumental a ser utilizado, são desafios que se adaptam à natureza do fenômeno e à condição da obtenção da informação desejada (Minayo, 2004, p. 22).

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo qualitativo, por entendermos que, como afirma Minayo (2004), esse tipo de estudo nos permite a verificação de um universo de valores, de crenças e de significados.

A autora argumenta que as pesquisas qualitativas são

entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão **do Significado e da Intencionalidade** como inerentes **aos atos, às relações, e às estruturas sociais**, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 2004, p. 10, grifo da autora).

Optamos pela análise de conteúdo, que surgiu no início do século XX, nos Estados Unidos, para auxiliar na análise de material jornalístico, tendo um impulso entre 1940 e 1950, quando os cientistas começaram a se interessar pelos símbolos políticos, fato que contribuiu para seu desenvolvimento. Entre 1950 e 1960, a análise de conteúdo se estendeu para várias áreas e vem sendo utilizada em diversos setores das ciências humanas (Caregnato, Mutti, 2006).

Pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (Bardin, 1977).

Uma das peculiaridades da análise de conteúdo é “ser um meio para estudar as comunicações entre os homens, colocando ênfase no conteúdo das mensagens” (Triviños, 1987, p. 160).

Minayo expressa que

todo esforço teórico para o desenvolvimento das técnicas visa – ainda que de formas diversas e até contraditórias – ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observações (Minayo, 1998, p. 203).

O presente estudo trata de pesquisa qualitativa de corte transversal, sendo que os dados foram coletados em um ponto no tempo e servem para descrever uma população em determinado momento. Não havia definição prévia do número de entrevistados, pois objetivou-se, com as entrevistas, conseguir responder às perguntas sobre humanização.

A utilização da pesquisa qualitativa, além de apresentar descrições ricas sobre uma realidade particular, auxilia o pesquisador a superar concepções iniciais e a gerar ou revisar as estruturas teóricas anteriormente adotadas, oferecendo base para descrições e esclarecimentos muito ricos de contextos específicos (Minayo, 2004).

Para a pesquisa, realizamos entrevistas nas unidades de saúde AMA e ESF, sendo que foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. No sentido de organizar os discursos durante a discussão, optamos por numerar as entrevistas, identificando-as com M1 (médico AMA) e M2 (médico ESF).

Da mesma forma, identificamos: E1 (enfermeiro AMA) e E2 (enfermeiro ESF). Os discursos de M11 a M110 referem-se aos médicos da AMA, e os de M211 a M220, aos médicos da ESF. Os enfermeiros da AMA foram organizados de E11 a E19, e os da ESF, de E210 a E219, obedecendo ao mesmo arranjo.

Após as transcrições de todos os discursos dos profissionais, foi possível identificar algumas categorias que coincidiram, independentemente da unidade onde realizavam atendimento. Da mesma forma, surgiram categorias exclusivas relacionadas às unidades AMA e ESF.

As categorias empíricas são aquelas “construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica” (Minayo, 2004, p. 93-4).

3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Todos os profissionais médicos e enfermeiros das unidades AMA e ESF administradas pela ASF da Região da Capela do Socorro foram convidados a participar da entrevista por meio de solicitações feitas pessoalmente ou por telefone. Foram informados de que a pesquisa estava relacionada à percepção sobre humanização dos serviços de saúde.

Os profissionais da ESF trabalham em regime de 40 horas semanais e estão diariamente na unidade. Em relação à AMA, o regime de trabalho é diferente. Existe um grande número de médicos com carga horária diferentes em cada unidade, pois são contratados no mínimo para plantões de 12 horas. Muitos deles exercem atividades em diferentes AMA da mesma região. Os enfermeiros na AMA são contratados em regime de 12 x 36 horas, com exceção dos responsáveis técnicos, que se encontram diariamente na unidade.

Dos convidados, foram ouvidos 39 profissionais por meio de entrevistas. Dez médicos e dez enfermeiros da ESF e dez médicos e nove enfermeiros da AMA, pois entendemos que já havíamos conseguido responder às nossas indagações.

Dentre os profissionais que haviam confirmado responder às entrevistas, posteriormente três médicos e um enfermeiro recusaram-se a responder às questões no momento agendado, alegando falta de tempo e/ou desinteresse.

Conforme determinações da Resolução CNS/MS 196/96, que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, a cada um dos sujeitos foi solicitado a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido como anuência para sua participação na pesquisa (MS, 1996a).

O anonimato de todos os participantes foi garantido pelo pesquisador e, visando preservar a privacidade dos sujeitos, ofereceu-se a possibilidade de que a entrevista fosse realizada fora da unidade de saúde. No entanto, todos optaram por respondê-la no próprio local de trabalho, devidamente autorizados pelo gestor da unidade e sem prejuízo no atendimento.

O projeto foi apreciado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Prefeitura Municipal de São Paulo (Anexo A).

À Supervisão Técnica de Saúde da Capela do Socorro da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo responsável pelas unidades onde os sujeitos de pesquisa trabalhavam foi solicitado autorização para a realização da pesquisa, mediante termo de consentimento institucional (Anexo B).

3.2.1 Perfil dos médicos entrevistados

Dos profissionais entrevistados, dez eram médicos da AMA e dez da ESF. Dos médicos da AMA, foram entrevistados cinco do sexo masculino (masc) e o mesmo número do sexo feminino (fem), com média de 38 anos de idade, 13 anos de formação e dois anos de trabalho naquela unidade.

Observamos que os extremos das idades dos médicos das unidades AMA eram de 53 e 26 anos de idade, e de 32 e três anos de formação. O tempo de trabalho na unidade variou entre quatro anos e seis meses.

Dos médicos da ESF entrevistados, oito eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, com a média de idade de 32 anos, sete anos de formação e dois anos de trabalho naquela unidade.

Nesse caso, os extremos foram de 50 anos e 26 anos de idade, de 26 anos e seis meses de formação e cinco anos e dois meses de trabalho na unidade. O tempo de trabalho considerado foi somente o realizado na unidade onde o profissional foi entrevistado e naquele momento exercia suas atividades.

Notamos não haver diferenças relevantes no perfil dos médicos que trabalhavam na AMA e ESF em relação à idade e tempo de trabalho, porém, em relação à formação, os médicos da AMA tinham praticamente o dobro da média de tempo de formação dos médicos da ESF.

Dos 20 médicos ouvidos, sete (35%) eram do sexo masculino e 13 (65%) do sexo feminino. Quando separados por serviço, em relação à AMA, do total de dez médicos entrevistados, 50% eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Já na ESF, oito (80%) eram do sexo feminino e somente dois (20%) do sexo masculino.

No Quadro 1, ilustramos o perfil dos médicos entrevistados:

Quadro 1 – Perfil dos médicos entrevistados. São Paulo, 2010/2011

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Tempo de trabalho na unidade (anos)	Unidade
Médico 01 (M11)	Masc	30	06	02	AMA
Médica 02 (M12)	Fem	26	03	06 meses	AMA
Médico 03 (M13)	Masc	55	32	03	AMA
Médico 04 (M14)	Masc	28	03	02	AMA
Médico 05 (M15)	Masc	28	03	01	AMA
Médica 06 (M16)	Fem	34	09	03	AMA
Médica 07 (M17)	Fem	39	14	04	AMA
Médica 08 (M18)	Fem	50	25	04	AMA
Médico 09 (M19)	Masc	38	12	02	AMA
Médico 10 (M110)	Fem	53	27	01	AMA
Médico 11 (M211)	Fem	30	04	02	ESF
Médico 12 (M212)	Fem	26	06 meses	02 meses	ESF
Médico 13 (M213)	Fem	50	26	05	ESF
Médico 14 (M214)	Fem	37	11	05	ESF
Médico 15 (M215)	Masc	26	03	02	ESF
Médico 16 (M216)	Fem	34	10	03	ESF
Médico 17 (M217)	Masc	28	04	02	ESF
Médico 18 (M218)	Fem	28	03	01	ESF
Médico 19 (M219)	Fem	33	07	03	ESF
Médico 20 (M220)	Fem	28	03	01	ESF

3.2.2 Perfil dos enfermeiros entrevistados

Dos entrevistados, nove eram enfermeiros da AMA e dez da ESF. Dos enfermeiros da AMA, entrevistamos dois do sexo masculino (masc) e sete do sexo feminino (fem), com média de 29 anos de idade, quatro anos e meio de formação e dois anos de trabalho naquela unidade.

Os extremos das idades dos enfermeiros da AMA foram de 35 e 25 anos de idade e de dez anos e um ano de formação. O tempo de trabalho na unidade variou entre cinco anos e seis meses. Dos enfermeiros da ESF ouvidos, todos eram do sexo feminino, com média de idade de 32 anos, seis anos de formação e dois anos de trabalho na unidade.

Nesse caso, os extremos das idades foram de 44 e 24 anos de idade, 12 anos e dois anos de formação e quatro anos e seis meses de trabalho na unidade. Nas ESF pesquisadas, quase a totalidade dos enfermeiros pertencia ao sexo feminino, não sendo possível entrevistar profissionais do sexo masculino.

O tempo de trabalho considerado foi somente o realizado na unidade onde o profissional foi entrevistado. Notamos não haver diferenças relevantes no perfil dos enfermeiros que trabalhavam na AMA e ESF.

Dos 19 enfermeiros entrevistados, dois (10,5%) eram do sexo masculino e 17 (89,5%) do sexo feminino. Quando separados por serviço, na AMA, do total de nove enfermeiros entrevistados, dois (22%) eram do sexo masculino e sete (78%) do sexo feminino. Já na ESF, dos dez enfermeiros entrevistados, todos (100%) eram do sexo feminino.

No Quadro 2, ilustramos o perfil dos enfermeiros entrevistados:

Quadro 2 – Perfil dos enfermeiros entrevistados. São Paulo, 2010/2011

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Tempo de trabalho na unidade (anos)	Unidade
Enfermeiro 01 (E11)	Masc	25	01	06 meses	AMA
Enfermeira 02 (E12)	Fem	35	04	02	AMA
Enfermeira 03 (E13)	Fem	30	06	03	AMA
Enfermeira 04 (E14)	Fem	29	04	02	AMA
Enfermeira 05 (E15)	Fem	31	05	02	AMA
Enfermeira 06 (E16)	Masc	35	10	05	AMA
Enfermeira 07 (E17)	Fem	29	05	02	AMA
Enfermeira 08 (E18)	Fem	27	02	02	AMA
Enfermeira 09 (E19)	Fem	27	04	02	AMA
Enfermeira 10 (E210)	Fem	44	05	03	ESF
Enfermeira 11 (E211)	Fem	24	02	01	ESF
Enfermeira 12 (E212)	Fem	28	04	03	ESF
Enfermeira 13 (E213)	Fem	33	07	04	ESF
Enfermeira 14 (E214)	Fem	30	06	02	ESF
Enfermeira 15 (E215)	Fem	29	05	01	ESF
Enfermeira 16 (E216)	Fem	39	12	02	ESF
Enfermeira 17 (E217)	Fem	27	03	01	ESF
Enfermeira 18 (E218)	Fem	32	08	06 meses	ESF
Enfermeira 19 (E219)	Fem	33	07	02	ESF

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS, 2000) sobre o perfil de médicos e enfermeiros da ESF no Brasil apresenta alta concentração de profissionais na faixa entre 30 e 49 anos, com relação à média nacional (66,62% dos médicos e 58,69% dos enfermeiros). Nos grandes municípios, os médicos dessa faixa etária, muitas vezes, já possuem especialização e estabilidade na carreira. Para exercer atividades na ESF como generalistas, necessitam de especialização específica e curso de educação permanente (MS, 2000).

No nosso universo entrevistado, pudemos observar que a grande maioria dos profissionais médicos era do sexo feminino na ESF e que a média de permanência nas

unidades superava um pouco os dois anos. Entre os enfermeiros, a média de permanência estava em dois anos. Em relação à idade, não notamos diferença na média entre médicos e enfermeiros das unidades com ESF, mas observamos que estavam no limite inferior, assim como o observado pela pesquisa realizada pelo MS em 2000.

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

3.3.1 Região da Capela do Socorro

As entrevistas com os trabalhadores de saúde foram realizadas em unidades localizadas na região sul do município de São Paulo, Subprefeitura da Capela do Socorro, administradas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em parceria com a Organização Social Associação Saúde da Família.

As entrevistas foram autorizadas pela Supervisora de Saúde da Prefeitura de São Paulo da Região da Capela do Socorro (Anexo B).

Segundo informações da SMSSP – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo –, a região de Capela do Socorro se estende por uma vasta área abaixo dos canais dos rios Jurubatuba e Guarapiranga, limitando-se ao norte com a Subprefeitura de Santo Amaro; a leste, com a Subprefeitura da Cidade Ademar e Municípios de Diadema e São Bernardo do Campo, separados pela Represa Billings; a oeste, com a Subprefeitura de M' Boi Mirim; e, ao sul, com a Subprefeitura de Parelheiros. É formada pelos distritos de Socorro, Cidade Dutra, Grajaú, com uma superfície de 134 km², que corresponde a 8,8% do território do município. Cerca de 90% de seu território está inserido em área de proteção aos mananciais responsáveis pelo abastecimento de 30% da população da região metropolitana de São Paulo (São Paulo, 2010a).

Tabela 1 – Dados Demográficos da Subprefeitura da Capela do Socorro. População residente por distrito administrativo – Município de São Paulo, 2010

Distrito Administrativo	Número de habitantes (2010)
Cidade Dutra	196.360
Grajaú	360.787
Socorro	37.783
Total	594.930

Fonte: São Paulo, 2010b.

A ocupação da Capela do Socorro está estreitamente relacionada à expansão e estruturação urbanas da Subprefeitura de Santo Amaro, à qual esteve administrativamente ligada até 1985 (São Paulo, 2010a).

Sobre épocas anteriores, existem informações de que essa Região era habitada pelos índios tupis, que ocupavam também vários pontos da região sul do Brasil, além do litoral. Já no século XX, os guaranis, subgrupo tupi, no curso de seu processo migratório, chegaram a Parelheiros e lá se fixaram. Remanescentes desse núcleo são as duas aldeias existentes na área da Subprefeitura de Parelheiros: a de Curucutu e a do Morro da Saudade, que reúnem cerca de 600 indígenas.

Outras referências à Capela do Socorro são encontradas em documentos dos anos que se seguiram à independência do Brasil. Naquela época, foram realizadas algumas tentativas de atrair para o Brasil a imigração europeia. Em 1827 e no ano seguinte, desembarcaram em Santos os primeiros grupos de colonos alemães, dentre os quais se destacaram pouco mais de 120 que aceitaram terras devolutas em Santo Amaro, localizadas em Colônia, na Subprefeitura de Parelheiros e que se espalhou por toda a Região Sul (São Paulo, 2010a).

Ao contrário das colônias alemãs no sul do Brasil, essa não conseguiu preservar muitos aspectos de sua tradição cultural, restando dessa experiência colonizadora apenas algumas famílias, como Shunk, Reeberg, Rochel, Hessel, entre outras, que ainda residem na região (São Paulo, 2010a).

O interesse pela região da Capela do Socorro despontou nas primeiras décadas do século XX, após a construção da Barragem da Light, em 1907, do Rio Guarapiranga, dando

origem à represa que ocupa área de 33,9 km², com a finalidade principal de regularizar a vazão do rio Tietê e garantir a geração de energia na Usina Edgard de Souza, em Santana do Parnaíba. A Barragem do Rio Grande, construída após a grande seca de 1924, deu origem à represa Billings, ocupando área de 130 km² entre São Paulo e São Bernardo do Campo (São Paulo, 2010a).

As represas criaram um potencial de lazer até então desconhecido na região, ensejando intensa especulação imobiliária em torno de loteamentos para construção de equipamentos recreativos (São Paulo, 2010a).

Chácaras de recreio, clubes de campo, clubes náuticos e balneários passaram a caracterizar extensas áreas dos arredores das represas. A construção da autoestrada Washington Luís em 1928, com 16 km, ligou o Ibirapuera a Interlagos, via Santo Amaro e Socorro, e foi, posteriormente, ligada à Avenida Interlagos, impulsionando ainda mais o desenvolvimento das atividades recreativas da região (São Paulo, 2010a).

Alguns loteamentos residenciais surgiram no final dos anos 1920, na porção norte da Capela do Socorro, dentre os quais o maior era Vila Friburgo. Na década de 30, uma importante construtora e imobiliária, a “AES – Auto Estradas S.A.”, criou o loteamento denominado “Interlagos – Balneário Satélite de São Paulo”, realizando grandes investimentos para criar infraestrutura urbana e melhorias rodoviárias (São Paulo, 2010a).

O objetivo era assentar, de frente para a Represa de Guarapiranga, um bairro residencial de alto padrão para atender às camadas de maior poder aquisitivo. No entanto, o empreendimento não evoluiu; anos depois, apenas algumas dezenas de famílias haviam se instalado, em meio a quarteirões completamente vazios (São Paulo, 2010a).

Muitas das casas construídas para fins residenciais acabaram sendo ocupadas por restaurantes. Naquela época, com exceção de uma ou outra chácara que serviam de residência permanente de famílias de alta renda, a região das represas não atraiu essa camada da população, a não ser para fins recreativos (São Paulo, 2010a).

Até a década de 40, Capela do Socorro era ainda pouco ocupada. No entanto, esses anos marcam o início do processo de abertura de loteamentos industriais em Santo Amaro, que, pela proximidade, começaram a afetar a dinâmica urbana da região de Capela. Os trabalhadores das empresas de Santo Amaro encontraram, em Capela, locais mais disponíveis para morar (São Paulo, 2010a).

Em um meio essencialmente rural, desenvolveram-se vários povoamentos ao longo de estradas locais ou nos entroncamentos de estradas, à medida que elas passavam a ser percorridas por linhas de ônibus (São Paulo, 2010a).

Dentre esses núcleos, destacava-se, pela sua importância, Rio Bonito, situado no entroncamento da então estrada estadual Engenheiro Marsilac com a Estrada do Clube de Campo. Mais ao sul, destacava-se a Vila São José, onde já existia um bairro rural de mesmo nome. Esses dois povoados se transformaram, posteriormente, em polos em torno dos quais surgiram bairros muito povoados (São Paulo, 2010a).

Cidade Dutra, ao contrário, foi planejada e construída pela empresa Autoestrada S.A., com financiamento do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Serviços de Transporte (IAPST), com o objetivo de atender à demanda habitacional dos trabalhadores ligados a esse Instituto (São Paulo, 2010a).

A Empresa realizou não só o loteamento, mas a construção das casas. Tratava-se de um grande conjunto residencial (com cerca de 500 unidades inicialmente), caracterizado por extrema homogeneidade no tamanho e estilo das casas, dotado de infraestrutura urbana, como ruas pavimentadas, iluminação pública, água e esgoto, além de um pequeno centro comercial (São Paulo, 2010a).

Na época em que foi construída, Cidade Dutra encontrava-se completamente isolada, mas representou uma experiência pioneira na Região. Logo foram estabelecidas linhas de ônibus para atender ao novo bairro, que passou a exercer função polarizadora no desenvolvimento de seus arredores (São Paulo, 2010a).

Outros bairros continuavam a se formar, como resultado de iniciativas imobiliárias, a partir de loteamento de glebas. Por outro lado, as estradas percorridas pelos ônibus funcionaram como eixos, gerando pequenas aglomerações em torno dos pontos de parada ou no terminal da linha. Nesses locais, instalaram-se estabelecimentos comerciais e de serviços, geralmente modestos, para atender às moradias locais (São Paulo, 2010a).

Esses pequenos centros de atividades terciárias instalados ao longo das vias principais foram crescendo à medida que os bairros se adensavam, e muitos serviram como polos em torno dos quais surgiram novos bairros (São Paulo, 2010a).

Nas décadas de 50 e 60, o Estado de São Paulo viveu intenso processo de expansão industrial, com importantes alterações no padrão de localização da indústria mais moderna e de maior porte. Na cidade de São Paulo, esse processo teve como um de seus aspectos a ampliação do parque industrial de Santo Amaro, que se consolidou como um dos mais importantes polos de emprego industrial da região metropolitana (São Paulo, 2010a).

A disponibilidade de áreas, as facilidades de transporte, particularmente com a construção do sistema de marginais do rio Pinheiros, e a abundância de água e energia contribuíram para atrair grande número de estabelecimentos industriais dos setores mais

modernos da indústria de transformação, que se instalaram ao longo do canal de Jurubatuba, chegando até as proximidades do Largo do Socorro (São Paulo, 2010a).

O desenvolvimento industrial teve grande influência em Capela do Socorro. A região passou a acomodar parte do crescimento urbano da cidade, uma vez que sua área rural era imensa e relativamente próxima do centro industrial de Jurubatuba e dos dinâmicos centros de comércio e serviços localizados ao sul e sudoeste da região metropolitana (São Paulo, 2010a).

Para Capela do Socorro, afluíram significativos segmentos da população trabalhadora que buscavam área ainda não consolidada e com disponibilidade de terra urbana a baixo custo (São Paulo, 2010a).

Os novos bairros que então surgiram acompanharam o padrão periférico de expansão urbana que caracterizou o crescimento de São Paulo particularmente nos anos 70. Os arruamentos penetraram em áreas onde o solo é mais vulnerável à erosão e com altas declividades, que as tornam inadequadas à urbanização. Sem dispor de infraestrutura urbana, de equipamentos sociais e distantes do transporte coletivo, um grande número de trabalhadores construiu suas casas em lotes, na maioria das vezes de forma ilegal e comprados por meio de longos financiamentos (São Paulo, 2010a).

O crescimento populacional é um importante indicador das transformações ocorridas na região: de 30.000 habitantes em 1960, Capela do Socorro passou a ter 261.230 em 1980, e projeções baseadas no CENSO de 1991 e na Contagem da População em 1996 estimam que a região possuía, em 2000, 563.922 habitantes. Isso representa um incremento populacional de 768% nos primeiros 20 anos e crescimento de 115% nos últimos 20 anos (São Paulo, 2010a).

De acordo com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), a população total da Capela do Socorro é de 594.930 habitantes, sendo 89.561 de 0 a 9 anos, 54.775 de 10 a 14 anos, 51.151 de 15 a 19 anos, 112.398 de 20 a 29 anos, 238.245 de 30 a 59 anos e 48.800 com 60 anos ou mais.

A partir de 1975, a ocupação da Região de Capela do Socorro passou a ser legalmente subordinada à Lei de Proteção dos Mananciais e à legislação de zoneamento industrial. Essa última obteve certo êxito no que se refere às restrições à implantação de novas indústrias na Região e ao controle de expansão das existentes. No entanto, a legislação relativa aos mananciais foi insuficiente para conter o avanço da urbanização e a degradação ambiental (São Paulo, 2010a).

A lei dos mananciais estabeleceu baixos limites de densidade para a ocupação do solo e dificultou o licenciamento de empreendimentos na área, mesmo quando adequado às normas

legais. Praticamente excluídos do mercado imobiliário formal, os preços dos terrenos se tornaram extremamente baixos (São Paulo, 2010a).

A depreciação do valor da terra, aliada a outros fatores, como uma inadequada política habitacional, a baixa renda dos trabalhadores, a proximidade de grande concentração de empregos e as dificuldades de fiscalização, e certa conivência por parte dos órgãos públicos tiveram como efeito a expansão desenfreada dos loteamentos clandestinos e de favelas localizadas em grande parte ao longo dos córregos contribuintes das represas. Estima-se atualmente a existência de cerca de 200 bairros irregulares na Região e 220 favelas (São Paulo, 2010a).

Segundo informações constantes no site da Prefeitura de São Paulo de julho de 2011, a Supervisão de Saúde da Capela do Socorro consta com os seguintes equipamentos de saúde na região: dois ambulatorios de especialidades (AE); quatro Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA); uma Assistência Médica Ambulatorial Especialidades (AMA-E); um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas para adultos (CAPS AD); um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO); um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); um Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR); um Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA); um Pronto-Socorro Municipal (PSM); um Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE DST/AIDS); 16 Unidades Básicas de Saúde tradicionais e com estratégia Saúde da Família (UBS/PSF) (São Paulo, 2010a).

Figura 1 – Mapa de localização da região da Capela do Socorro (SP)

Fonte: Portal de São Paulo, 2011.

3.3.2 Associação Saúde da Família (ASF)

As unidades AMA e ESF da região de Capela do Socorro onde aconteceram as entrevistas com os profissionais médicos e enfermeiros são administradas pela Associação Saúde da Família (ASF) em parceria com a SMSSP.

A ASF é uma instituição não governamental, filantrópica, com sede na cidade de São Paulo. Desenvolve trabalhos na área de saúde pública, em todo o Brasil, em parceria com os setores público, privado e outras organizações não governamentais (ASF, 2005).

Segundo informações constantes no seu endereço eletrônico, a ASF participa de programas da atenção básica, cooperando com a formação de recursos humanos, monitoria e avaliação de programas e projetos. Organiza e promove atividades educacionais como forma de divulgar os avanços técnicos e científicos do Brasil e de outros países (ASF, 2005).

A Organização Não Governamental (ONG) surgiu em 1992, atendendo à proposta da *Family Health International* (FHI) de desenvolver projetos de prevenção e controle da AIDS no Brasil, com recursos doados da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional (*United States Agency for International Development* – USAID). Os recursos disponibilizados também pela *Fundação Ford*, *Fundação MacArthur*, *Fundação Levi Strauss*, *Embaixada Britânica*, *Fundação Elton John* e diversos doadores do setor privado no Brasil atingiram o valor médio anual de dois milhões de dólares (ASF, 2005).

Algum tempo depois, foi assinado um termo de cooperação com a FHI, com o objetivo de implantar o Projeto AIDS – Controle e Prevenção no Brasil, também conhecido como projeto AIDSCAP. Entre 1992 e 1999, a ASF implantou centenas de projetos de intervenção e pesquisa nas áreas de saúde reprodutiva e na prevenção e tratamento da AIDS e de doenças sexualmente transmissíveis (ASF, 2005).

Visando responder às necessidades de implantação de programas na área de saúde pública, a ASF passou por um processo de reorganização de sua diretoria, criando, entre 1999 e 2000, um comitê técnico-científico e elegendo como seu presidente o Prof. Dr. Adib Domingos Jatene.

Em 2004, a área de responsabilidade social da Johnson & Johnson do Brasil apoiou projetos da ASF de prevenção ao HIV/AIDS nas cidades de São Paulo e Fortaleza (ASF, 2005).

A partir desse ano, os projetos desenvolvidos pela ASF voltam-se para as necessidades de implantação de unidades básicas de saúde (UBS) com doação de recursos do setor privado,

prioritariamente em áreas carentes do município de São Paulo, auxiliando, entre outras atividades, na realização de cadastramento das pessoas e domicílios como parte da implantação do cartão SUS, estabelecimento e gerenciamento de residências terapêuticas para pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos (ASF, 2005).

A ASF estabelece como objetivo principal trabalhar com resultados, utilizando mecanismos de avaliação como aprimoramento do seu trabalho. Administra, em parceria com a SMSSP, mais de 50 unidades com ESF, dez unidades AMA e cinco AMA Especialidades, 17 SRT – Serviços de Residência Terapêutica, sete CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial, 12 PAI – Programa de Atenção ao Idoso, com cerca de 6.000 funcionários na cidade de São Paulo (ASF, 2012).

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Iniciamos a coleta dos dados somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Anexo A).

Informamos aos entrevistados sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa e também que poderiam recusar-se a aceitar ou retirar-se da pesquisa a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo. Seu anonimato seria preservado, não havendo, portanto, qualquer possibilidade de identificação perante a Instituição onde exerciam suas atividades.

Os termos de consentimento institucional (Anexo B), assim como o de responsabilidade do pesquisador (Anexo C), fazem parte deste trabalho.

Os resultados serão fornecidos à SMS (Secretaria Municipal de Saúde) e às unidades participantes. Além disso, esperamos poder apresentá-los em congressos e artigos científicos, para incentivar e intensificar a discussão sobre o tema.

3.5 COLETA DE DADOS

As entrevistas gravadas com médicos e enfermeiros das unidades AMA e ESF foram realizadas pelo autor entre outubro de 2010 e maio de 2011 e posteriormente foram transcritas na íntegra. Seguiram o roteiro inicial com as seguintes perguntas abertas:

1. O que você entende por humanização?
2. Como seria o ideal de um serviço de saúde humanizado?
3. Quais ações desta unidade de saúde (onde você trabalha atualmente) você considera que são ou foram ações humanizadoras?

Por ser esta uma pesquisa de cunho qualitativo, o critério de representatividade da amostra para o encerramento da coleta de dados foi o da saturação do discurso.

A partir das falas dos profissionais durante as entrevistas, foram organizadas categorias empíricas. Algumas delas se mostraram comuns aos discursos dos profissionais das unidades AMA e ESF e outras exclusivas às unidades AMA ou ESF.

Procuramos posteriormente relaciona as categorias empíricas ao Marco Referencial Teórico proposto neste trabalho.

4 MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme argumenta Bardin (1977), uma das características da análise qualitativa é o fato da dedução, que é sempre realizada, fundar-se na presença do índice (tema, palavra, personagem) e não na frequência de sua aparição em cada comunicação individual.

O Marco Referencial refere-se à fundamentação teórica adotada para tratar o objeto de pesquisa. A construção do Marco Referencial implica a articulação entre a questão proposta e o estágio do desenvolvimento científico produzido em uma determinada área do conhecimento. Pressupõe uma grande quantidade de informações a serem avaliadas, criticadas, confrontadas, para que se possa fazer as opções que melhor se ajustem ao problema de investigação (Ferreira, 1998).

O Marco Referencial diz respeito à descrição e à crítica da realidade, tal qual ela se apresenta, e sua construção sempre demandará a consulta a muitos documentos, análises, crítica e síntese (Saupe, Alves, 2000).

O Marco Referencial é uma fronteira, limite daquilo que se pretende desenvolver ou realizar no âmbito do conhecimento e da ação (Carvalho, Castro, 1985).

Para a construção do nosso Marco Referencial, utilizamos alguns dos modelos da Bioética e textos e artigos sobre humanização, citados por diversos autores. Por meio deles, procuramos compreender as percepções dos profissionais sobre humanização e ações humanizadoras reveladas nas entrevistas.

São vários os modelos bioéticos, defendidos por diversos autores. O III Encontro Luso-Brasileiro de Bioética, de 2004, trazia a seguinte interrogação: “Bioética ou Bioéticas na evolução das sociedades?” A conclusão foi de que, sendo a bioética plural sob o ponto de vista de moralidades, existem de fato diversas bioéticas, que devem vencer o desafio de analisar, interpretar e expressar as visões morais do espaço geográfico e social onde são desenvolvidas (Porto, Garrafa, 2011).

Dada a pluralidade do tema da bioética, decidimos eleger o Modelo Principialista, o Principialismo Hierarquizado, o Modelo do Cuidado e a Ética Profissional, utilizando a crítica de vários autores sobre os diferentes modelos.

O propósito da escolha desses modelos não foi o de testá-los, mas entender como eles se apresentavam no discurso comum de médicos e enfermeiros que compunham as diferentes unidades de saúde.

No pensamento moral, frequentemente se misturam recursos a princípios, regras, direitos, valores, paixões, analogias, modelos, parábolas e interpretações e que atribuir precedência a um desses fatores como o elemento-chave é uma pretensão equívoca, assim como a tentativa de dispensar completamente a teoria ética (Beauchamp, Childress, 2002, p. 135).

Os autores afirmam que apesar de terem a abordagem baseada nos princípios, rejeitam a premissa de que se deve defender um único tipo de teoria, exclusivamente baseado nos princípios, nas virtudes, nos direitos, nos casos, e assim por diante.

4.1 A BIOÉTICA E AS PROPOSTAS DE DISCUSSÃO DE PROBLEMAS ÉTICOS

A ética foi desenvolvida a partir dos trabalhos de Hipócrates e de seus seguidores. A atitude do profissional diante do paciente baseava-se no modelo da beneficência, sendo que cabia somente a ele a decisão diagnóstica e terapêutica e ao paciente o dever do cumprimento dessas decisões (Almeida, 1999).

O modelo paternalista creditava ao profissional da saúde a decisão pela vida do paciente (Baker, 1993).

Ao longo do período de Hipócrates até meados da década de 1960, o primeiro movimento no sentido de romper essa barreira e de validar a representação moral do paciente como parâmetro para a decisão médica veio dos tribunais norte-americanos, que reconheceram o direito da pessoa à autonomia. No ano de 1957, surgiu o termo consentimento livre e esclarecido (Almeida, 1999).

No julgamento do caso *Salgo x Leland Stanford Jr. University – Board of Trustees*, o consentimento esclarecido, no ambiente clínico, passou do modelo da beneficência para o modelo onde o paciente tem direito a sua autodeterminação – autonomia – por meio da informação e do consentimento esclarecido (Faden, Beauchamp, 1986; Gracia, 1989; Wolpe, 1998).

O deslocamento do modelo paternalista para a representação moral do paciente pode ser considerado o primeiro passo para o desenvolvimento da bioética. No final dos anos 60, início dos anos 70, estabeleceu-se um contexto cultural favorável para o questionamento mais radical do poder do profissional e para a afirmação dos direitos individuais na assistência à saúde. Esses questionamentos foram os dilemas e escândalos envolvendo a assistência e a pesquisa na saúde; as transformações ocorridas no processo de trabalho biomédico e na

relação profissional-paciente; e a ampla mobilização civil em torno da reforma dos costumes e dos valores das sociedades ocidentais, em particular a norte-americana (Almeida, 1999).

Esses escândalos ocorridos no âmbito da assistência e da pesquisa biomédica tiveram grande repercussão nos meios científicos e na opinião pública, assumindo uma forte dimensão moral. Esse contexto fez renascer o interesse pela ética. No campo filosófico, se deu sob a forma de um resgate da razão prática, de tradição aristotélica, tida como capaz de legitimar as escolhas morais em situações de complexidade crescente, em um mundo em acelerada transformação e sem um padrão moral comum (Schramm, 1997).

A base da confiança e da responsabilidade na pesquisa científica com seres humanos estava definitivamente abalada, e o agravante era que os casos ocorreram após Nuremberg, quando já existiam princípios para regularizá-las (Schramm, 1997).

A organização do ensino e do trabalho biomédico, por sua vez, sofreu profundas transformações. Praticamente todo o desenvolvimento na medicina no período pós Segunda Guerra Mundial distanciou o profissional de saúde do paciente e da comunidade, rompendo relações pessoais e quebrando laços de confiança. O questionamento do poder da ciência inseria-se no interior de um amplo movimento de reforma de costumes e valores que atravessaria as sociedades ocidentais e a norte-americana (Rothman, 1991).

A década de 60 pode ser caracterizada como uma época de grandes mobilizações e transformações sociais. Nesse período, houve um aumento significativo no nível de educação da população e de acesso à informação, seguido pela expansão da participação democrática. Os movimentos a favor dos direitos civis se arraigaram no sentido do reconhecimento contra as iniquidades que sofriam as mulheres e as minorias étnicas (Schramm, 1997).

Esse amplo conjunto de fatores históricos, culturais e científicos determinou uma reviravolta pragmática em ética, impondo-se uma mudança na autoridade do profissional da saúde, no sentido dos pacientes e a comunidade participarem do debate ético. O *Kennedy Institute* foi apresentado com o objetivo específico de introduzir eticistas em laboratórios e em áreas clínicas onde eram tomadas as decisões sobre a vida e a morte (Reich, 1996).

Os pesquisadores do *Kennedy Institute* conceberam a bioética como a parte da ética aplicada preocupada com as questões morais que surgem no âmbito da investigação biomédica e dos cuidados em saúde. Foi com esse sentido que o termo “bioética” foi definido, em 1978, pela *Encyclopedia of Bioethics*, dirigida pelo teólogo Warren Thomas Reich, do próprio *Kennedy Institute*, para quem a bioética é o estudo da conduta humana no âmbito das ciências da vida e dos cuidados em saúde, examinada à luz de valores e princípios morais (The Belmont Report, 1978).

Vários autores da área creditam a dois estudiosos o surgimento da Bioética: Van Rensselaer Potter e André Hellegers.

Vale registrar, no entanto, que, em 1927, em um artigo publicado no periódico alemão *Kosmos*, Fritz Jahr utilizou pela primeira vez a palavra bioética. O autor caracterizou a Bioética como sendo o reconhecimento de obrigações éticas com todos os seres vivos e não apenas com relação ao ser humano (Goldim, 2006).

Esse texto, encontrado por Rolf Löther, da Universidade de Humboldt, de Berlim, e divulgado por Eve Marie Engel, da Universidade de Tübingen, também da Alemanha, antecipa o surgimento do termo bioética em muitos anos. Fritz Jahr propõe, no final de seu artigo, um “imperativo bioético”: respeita todo ser vivo essencialmente como um fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal (Goldim, 2006).

Van Rensselaer Potter, oncologista norte-americano da Universidade de Wisconsin, criou o neologismo *bioethics* em um artigo publicado em 1970 e depois publicou a obra que passou a ser sua referência inicial: *Bioethics: bridge to the future* (Almeida, 1999).

Para Potter, o conteúdo programático da nova disciplina deveria ser o de relacionar o desejo de uma nova sabedoria que proporcionasse conhecimento para a sobrevivência humana. Sua proposta era a de estabelecer uma ponte entre ciências biológicas e valores morais, visando estabelecer uma nova ética baseada em um ambiente saudável (Almeida, 1999).

Meses após Potter haver introduzido o novo termo, o médico André Hellegers, da *Georgetown University*, utilizava o mesmo neologismo, mas com outro sentido: a bioética seria um campo interdisciplinar da própria filosofia moral que deveria tratar de dilemas biomédicos concretos e restritos a três áreas: os direitos e deveres de pacientes e profissionais de saúde; direitos e deveres na pesquisa envolvendo seres humanos; e a formulação de uma diretriz para a política pública (Almeida, 1999).

A bioética nasce, portanto, de duas concepções, aparentemente conflitantes: de um lado, a concepção de Potter, que vinculava duas formas de conhecimento, que, desde a distinção feita no final do século XIX por Wilhelm Dilthey, entre Ciências Naturais e Ciências do Espírito, funda duas tradições disciplinares diferentes e legítimas, cada uma no seu campo de pertinência e de aplicação específico. De outro, a concepção do Instituto Kennedy, que a considerava uma disciplina pertinente ao campo da filosofia aplicada aos dilemas biomédicos (Schramm, 1997).

Com o desenvolvimento da bioética, ficou cada vez mais patente a distinção de abordagem metodológica dessas duas visões. Enquanto Potter defendia o desenvolvimento de

uma ética geral e normativa para a saúde global, com base nos métodos das ciências naturais, o Instituto Kennedy buscava inscrever a nova disciplina no campo da filosofia moral, sem recorrer às ferramentas científicas, mas sim a certos princípios da ética normativa aplicado aos emergentes problemas da biomedicina (Schramm, 1997).

Os dilemas bioéticos entraram na pauta do dia de governantes e da opinião pública nesse período. Afinal, a prática médica e a pesquisa biomédica viram-se sob intensa crítica e exigiam-se respostas imediatas e convincentes, que a ética médica tradicional não era capaz de formular (Schramm, 1997).

Há diferenças entre “problema ético” e “dilema ético”, termo mais comumente utilizado. No “dilema”, temos que escolher somente entre duas alternativas opostas, trazendo, quase sempre, grandes danos ao se eleger uma delas. No “problema ético”, temos uma variedade de alternativas que podem ser indicadas. O dilema é uma situação excepcional, ao contrário do problema, que é mais comum à vida diária (Gracia, 2005).

Criou-se, assim, um ambiente cultural que permitiu, pela primeira vez, a introdução de bioeticistas, não médicos, nas decisões da prática médica, até então território exclusivo dos médicos e, em alguns casos, de religiosos. Esses bioeticistas, em sua maioria teólogos protestantes, perceberam que a aliança entre a filosofia e a ética poderia ser um novo caminho para o prestígio e desenvolvimento da filosofia (Wolpe, 1998).

Os bioeticistas assumiram para si a tarefa de deslocar a ética, essencialmente deontológica e embasada na tradição milenar hipocrática, para o campo dos conflitos vigentes em sociedades democráticas e plurais. Isso representava uma tarefa urgente e difícil, uma vez que os dilemas éticos pediam respostas imediatas, e a ética médica, no início dos anos 70, não era um campo verdadeiramente disciplinar, mas uma mistura de religião, ideias, de miscelânea de regras morais e de codinomes (Clouser, 1993).

A mais relevante tentativa de remediar essa tarefa se deu por meio da criação de um modelo de princípios bioéticos para orientar os profissionais nos dilemas em biomedicina, sem haver necessidade de um longo período de treinamento em filosofia ou em fenomenologia (Almeida, 1999).

Nessa época, os autores Tom Beauchamp e James Childress, lançaram o livro *Principles of Biomedical Ethics*, publicado pela primeira vez em 1977, sendo o documento em bioética mais divulgado no mundo e, ainda hoje, referência central no debate bioético (Almeida, 1999).

4.1.1 O Modelo Principlista

O modelo Principlista foi formulado por Tom Beauchamp e James Childress e baseado nos quatro princípios morais *prima facie* da não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça.

O modelo Principlista tem sua origem nas pesquisas éticas e bioéticas feitas pelos pesquisadores da *Georgetown University*, de *Washington, D.C.*, na qual, em 1971, é fundado o *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*. O *Kennedy Institute*, como foi identificado desde então, embora de inspiração prevalentemente católica, se abre, desde o começo, ao pluralismo e ao ecumenismo morais, em harmonia com os princípios liberais da democracia norte-americana. Por essa razão, o *Kennedy Institute* foi reconhecido por ter desenvolvido a primeira abordagem sistemática e secular em bioética (Reich, 1996).

O modelo dos princípios trata da proposta de fundamentação da bioética que mais influenciou no seu desenvolvimento e está entre os modelos de análise mais divulgados na literatura. O modelo dos autores baseia-se em princípios *prima facie*, isto é, em obrigações que devem ser cumpridas, desde que não entrem em conflito com outras de igual valor em situações reais (Reich, 1996).

Nessa questão, Beauchamp e Childress tomaram por base o pensamento de W. D. Ross, que distingue as obrigações *prima facie* das obrigações reais. Ele propunha que não há regras sem exceção. O dever *prima facie* é uma obrigação que se deve cumprir, a menos que ela entre em conflito, em uma situação particular, com outro dever de igual ou maior porte. Um dever *prima facie* é obrigatório, salvo quando for sobrepujado por outras obrigações morais simultâneas (Goldim, 2003).

Os deveres *prima facie* podiam ser categorizados como: a) deveres para com os outros devido a atos prévios de você mesmo: fidelidade (manter as promessas); reparação (compensar as pessoas por danos ou lesões causadas) e gratidão (agradecer às pessoas pelos benefícios que conferiram a você); b) deveres para com os outros não baseados em ações prévias: beneficência (ajudar aos outros em necessidade); não maleficência (não causar danos a outros sem uma razão poderosa) e justiça (tratar os outros de forma justa); e, por fim, c) deveres para consigo mesmo: aprimorar-se física, intelectual e moralmente para alcançar o seu pleno potencial (Goldim, 2003).

Os deveres *prima facie* são denominados por Bellino (1997) de deveres penúltimos. Goldim (2003) afirma que a melhor denominação é a de deveres prioritários, isto é, quando comparados entre si podem ser priorizados de acordo com as circunstâncias (Goldim, 2003).

Os autores do livro *Principles of Biomedical Ethics* se referem a “princípios medianos”, que seriam compartilhados tanto pela moral do senso comum como pela reflexão filosófica por constituírem uma espécie de denominador comum entre juízos particulares e alguma teoria moral geral (Beauchamp, Childress, 2002).

O modelo principialista baseia-se em princípios *prima facie*, e qualquer transgressão a algum deles, e a consequente adesão a alguma outra norma, devem ser devidamente justificadas de acordo com cinco condições:

1) as razões admitidas para agir em conformidade com a norma que prevaleceria no caso concreto devem ser melhores do que aquelas que sustentam o princípio infringido; 2) deve existir uma esperança realista de que o objetivo moral que justifique a infração seja atingido; 3) a inexistência de alternativa moralmente preferível; 4) o tipo de infração escolhida deve ser a menos grave possível e comensurável com a procura do objetivo principal da ação; 5) o agente moral deve tentar minimizar os efeitos negativos da infração (Beauchamp, Childress, 2002).

Beauchamp e Childress entendem que

nenhuma teoria ou código de ética profissional apresenta um sistema de regras livre de conflitos ou exceções, contudo não veem este fato como causa de ceticismo ou alarme. Por isto, consideram que a distinção proposta por Ross se adapta muito bem à experiência dos agentes morais, provendo as categorias indispensáveis para a ética biomédica, uma vez que não são raras as situações nas quais se devem escolher entre valores plurais e conflitantes, a partir da ponderação de várias considerações (Zoboli, 2003, p. 50).

O Modelo Principialista tem ampla aplicação na prática clínica, em todos os setores em que a bioética se desenvolveu, com efeitos muito positivos em relação ao respeito pela dignidade da pessoa (Pessini, Barchifontaine, 2008).

Um dos benefícios desse Modelo Bioético é fornecer um sistema metódico para os problemas de natureza complexa, aclarar o pensamento nos debates sobre assuntos muito difusos e oferecer uma exatidão de linguagem em um mundo científico que trata a objetividade e a precisão como grandes valores (Reich, 1994).

Não se pode negar que o Principlismo e a obra de Beauchamp e Childress continuam exercendo um papel-chave no desenvolvimento da Bioética e terão para sempre um lugar de honra em sua história (Ferrer, Álvarez, 2005).

Embora o Principlismo apresente algumas dificuldades, não há como negar que atualmente ele se constitui na teoria de maior aceitação na ética biomédica. O fato de a teoria ser pluralista – e poder ter um movimento que lhe permite incluir novos princípios – contribui para que ela seja flexível frente aos avanços da ciência e às consequentes implicações éticas da utilização da tecnologia, podendo se adaptar às mudanças e permanecer coerente (Petry, 2004).

Parece que não há outra teoria capaz de formular guias de ação claras e suficientes para as práticas na saúde e para se pensar os dilemas morais da bioética, e esse é o maior mérito que deve ser reconhecido (Petry, 2004).

A seguir, apresentaremos os quatro princípios do modelo Principlista, de Beauchamp e Childress.

4.1.1.1 Respeito à autonomia

O princípio de respeito da autonomia do paciente surge como princípio moral no campo da cultura dos direitos humanos fundamentais com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

A palavra “autonomia” deriva dos termos gregos *autos* (próprio) e *nomos* (regra, governo ou lei). Adquiriu, posteriormente, significados distintos, como autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, livre-arbítrio (Zoboli, 2003).

Para a bioética, representa o paciente ser tratado como indivíduo que tem direito de decidir sobre questões essenciais relativas à sua vida e às preferências pessoais, devendo ser respeitado por qualquer profissional de saúde, a não ser que existam boas razões para agir de modo diferente, como nos casos de perigo de vida.

Ainda que Beauchamp e Childress iniciem a discussão pelo respeito à autonomia, alertam que isso não significa prioridade sobre os demais princípios. A tomada de decisão individual, tanto na atenção à saúde, como na pesquisa biomédica, especialmente o consentimento e a recusa informados, é o principal enfoque.

Os autores não concordam com algumas críticas, segundo as quais

conferem prioridade ao princípio do respeito à autonomia em relação a outras considerações morais. Afirmam que desejam construir uma concepção de respeito à autonomia que não é excessivamente individualista, negando a natureza social dos indivíduos e o impacto das escolhas e ações individuais sobre os outros, nem demasiadamente focada na razão, rejeitando as emoções e tampouco indevidamente legalista, destacando os direitos legais e desprezando as práticas sociais (Zoboli, 2003, p. 53).

O Princípio da Autonomia, também conhecido como Princípio do Consentimento ou do Respeito à Pessoa é fundamental na Bioética e tem, como base, o pensamento de Mil, que propõe que o indivíduo é soberano sobre si mesmo, seu corpo e sua mente (Goldim, 2004).

Na sua obra *Fundamentos da Metafísica dos Costumes*, Kant propôs o Imperativo Categórico, onde a autonomia não é incondicional, mas passa por um critério de universalidade (Goldim, 2004).

O Relatório Belmont recomendava que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas (The Belmont Report, 1978).

Uma pessoa autônoma é capaz de decidir sobre seus objetivos pessoais, e respeitar sua autonomia é aceitar suas opiniões e escolhas, desde que não venham a prejudicar terceiros (Goldim, 2004).

Segundo o autor, nem todas as pessoas têm a capacidade de se autodeterminar. Essa capacidade amadurece durante a vida do indivíduo, e algumas pessoas perdem essa capacidade total ou parcialmente devido a circunstâncias que possam restringir a sua liberdade. O respeito para com o imaturo e para com o incapaz pode requerer sua proteção na medida em que amadurecem ou enquanto estiverem incapazes (Goldim, 2003).

A autonomia tem diferentes significados, tão diversos como autodeterminação, privacidade, livre vontade e escolha individual. A decisão será de fato autônoma quando houver, por parte do paciente, a capacidade de entender a informação recebida e expressar a sua opinião aos profissionais de saúde de forma livre e esclarecida (Beauchamp, Childress, 2002).

Assim, a interpretação mais adequada do respeito à autonomia envolve o reconhecimento da obrigação fundamental de garantir aos pacientes o direito de elegerem, aceitarem ou recusarem as informações ou os procedimentos. O essencial está no respeito às escolhas autônomas, e a autonomia não constitui mero ideal na atenção à saúde, mas uma obrigação profissional, assim como a escolha autônoma configura um direito e não um dever dos pacientes (Beauchamp, Childress, 2002).

O respeito à autonomia implica regras morais específicas, como ajudar as pessoas a tomarem decisões importantes por meio da persuasão, respeitar a privacidade e proteger a informação confidencial, obter o consentimento antes de intervir e dizer a verdade (Beauchamp, Childress, 2002).

Na visão dos autores, o respeito à autonomia conforma um dever *prima facie* e poderá sofrer restrições em casos como, por exemplo, ameaça à saúde pública, danos a terceiros ou impossibilidade de declarar a pessoa autônoma para a tomada de decisões (Beauchamp, Childress, 2002).

4.1.1.2 Não maleficência

Os princípios de Não maleficência e o da Beneficência correspondem historicamente aos princípios da ética hipocrática *primum non nocere* e *bonum facere*, pois estabelecem regras ou deveres profissionais relativos à ética tradicional que se refere à moralidade da inter-relação entre o profissional de saúde e o paciente. Trata-se de uma visão ética relativa, essencialmente, aos deveres do agente, de uma ética deontológica (Schramm et al., 2008).

O Princípio da Não maleficência propõe a obrigação de não infringir dano de forma intencional. Associa-se, na ética médica, à máxima “acima de tudo não cause danos”. O Juramento Hipocrático menciona que o médico usará o seu poder para ajudar os doentes com a melhor habilidade e julgamento e irá abster-se de causar danos (Zoboli, 2003).

Alguns filósofos unificam os princípios de *Não maleficência* e *Beneficência*, entretanto Beauchamp e Childress discordam dessa junção. Por isso, em vez de apresentarem uma ordem hierárquica, incorporam um arranjo com quatro normas: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Sob o primeiro princípio – de *Não maleficência* – encontram-se as exigências de não causar mal ou dano. No de *Beneficência*, exigências de prevenir ou eliminar o mal ou dano e de fazer ou promover o bem (Beauchamp, Childress, 2002).

Para os autores, existe a percepção de que as obrigações de não prejudicar os outros – como não roubar, não mutilar e não matar – são muito diferentes das de ajudá-los, fornecendo benefícios, protegendo interesses e promovendo o bem-estar.

Em algumas situações, o dano causado pode ser menor do que o benefício atingido, e, nesse caso, não há, na ética, regra alguma determinadora de que, em todas as circunstâncias, evitar danos deve prevalecer sobre prover benefícios. Embora atos que causem danos, em

geral, sejam *prima facie* errados, ações que causem danos, mas envolvam maiores benefícios às pessoas, podem ser consideradas corretas.

Na discussão de não maleficência, os autores concentram-se nos danos físicos, especialmente a dor, a incapacidade e a morte, sem, no entanto, negar a importância dos danos mentais e dos obstáculos aos interesses dos outros. Admitem que é tênue a linha do *bem cuidar* (Beauchamp, Childress, 2002).

4.1.1.3 Beneficência

Os autores do livro *Principles of Biomedical Ethics* definem a beneficência como uma ação feita no benefício de outros, e o *Princípio da Beneficência* é que a estabelece como uma obrigação moral de agir em benefício dos outros. Diferenciam a beneficência em geral, o princípio da beneficência e a benevolência. A primeira refere-se a uma ação feita para beneficiar os outros, enquanto que a última diz respeito ao traço de caráter ou virtude que leva à disposição para agir em benefício dos outros. O Princípio da Beneficência é o que estabelece que devemos fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou não (Beauchamp, Childress, 2002).

Ross, que estabeleceu o conceito de dever *prima facie*, propunha que quando houver conflito entre beneficência e não maleficência deve prevalecer o segundo. Para Frankena, o Princípio da Beneficência não nos diz como distribuir o bem e o mal. Só devemos promover o primeiro e evitar o segundo. Quando se manifestam exigências conflitantes, o que se deve buscar é conseguir a maior porção possível de bem em relação ao mal (Goldim, 1998).

O Relatório Belmont estabeleceu que duas regras gerais podem ser formuladas como expressões complementares de uma ação benéfica: não causar o mal e maximizar os benefícios possíveis e minimizar os danos possíveis (The Belmont Report, 1978).

No princípio da beneficência, “encontra-se um conjunto de regras morais mais específicas, como proteger e defender os direitos dos outros; prevenir danos que possam ocorrer a outros; eliminar condições que podem causar danos a outros; ajudar pessoas com incapacidades e resgatar pessoas em perigo” (Zoboli, 2003, p. 62).

Para a autora,

muitas vezes as normas de beneficência estabelecem obrigações de produzir um benefício maior com um dano menor ou quando um benefício maior pode ser atingido por um grande número de pessoas em detrimento de poucas que sofrerão malefícios. Pode-se observar isso nos programas de saúde pública, como os de vacinação, por exemplo, que causam danos a mínima parcela da população, porém proporcionam bem maior a grande parte das pessoas (Zoboli, 2003, p. 63).

A beneficência, reconhecida por todas as religiões e contida no juramento médico, é um dos princípios éticos mais conhecidos (Vieira, Hossne, 1997).

Parece interessante, nesse ponto, entendermos a relação entre autonomia e paternalismo. A justificativa de uma conduta paternalista sempre se fundamenta nos princípios da beneficência e da não maleficência. A questão atual é demarcar o que venha a ser beneficência e para quem se está sendo beneficente. O paternalismo é uma conduta impositiva da prática dos profissionais de saúde e um problema de difícil julgamento de quando e quanto ele se justifica, sendo o cerne de muitos problemas éticos (Segre, Cohen, 2002).

Na relação médico-paciente, autonomia e paternalismo são complementares e, por esse motivo, não pode existir autonomia total e nem paternalismo absoluto, sendo que funcionam de maneira inversamente proporcional. Assim, para grande autonomia, teremos leve paternalismo, ou, para forte paternalismo, teremos autonomia restrita (Segre, Cohen, 2002).

4.1.1.4 Justiça

No plano etimológico, a palavra “justiça” vem do termo latino *justitia*, esse vindo de *jus*. Em sua forma original, significa o que é conveniente, correto, digno. Em sua forma desenvolvida, *jus* (o direito) torna-se o conjunto das regras obrigatórias que as cortes reconhecem como tais e que aplicam (Durand, 2007).

O princípio de *justiça* é o que mais se distancia da ética tradicional, sendo introduzido nas discussões bioéticas devido, principalmente, à questão conflituosa da alocação de recursos e à necessidade de decidir o quê e a quem priorizar no acesso a bens avaliados como finitos e escassos (Schramm et al., 2008).

Esse princípio exige que a distribuição de danos e benefícios seja justa. Não existe justiça quando alguns grupos arcam com todos os prejuízos e outros grupos auferem todas as vantagens (Vieira, Hossne, 1997).

A tradição moral distingue dois tipos de justiça: a justiça comutativa e a justiça distributiva. A primeira refere-se à justa relação entre dois indivíduos, dois grupos, à retidão nas trocas. Já a justiça distributiva – a que mais se discute na bioética – diz respeito à justa divisão dos encargos e dos benefícios da vida social, ou seja, à distribuição justa dos custos e benefícios na sociedade e o justo acesso a esses recursos (Durand, 2007).

A justiça distributiva abrange “a distribuição justa, equitativa, apropriada e determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social. Refere-se à distribuição dos direitos e responsabilidades na sociedade, incluindo os direitos civis e políticos” (Zoboli, 2003, p. 65).

Se o conceito adotado de justiça distributiva se faz importante para as justificativas das decisões tomadas ou a serem adotadas, também são certos os problemas de se pensar na existência de um único caminho para se conseguir a *justa decisão*. Vivemos em uma sociedade moralmente pluralista, na qual os valores e os princípios morais aceitos são múltiplos e diferenciados. Temos, portanto, diversas teorias morais que apresentam o que deva ser considerado como bom ou justo (Fortes, 2008a).

As questões concernentes à justiça distributiva remetem aos debates acerca dos princípios de justiça e não há um único princípio capaz de conduzir todos os problemas nessa área. Há, na moral comum, vários princípios de justiça que precisam ser especificados e ponderados em contextos reservados, com vistas a sua consistência. Sejam quais forem os aspectos relevantes, as pessoas iguais naqueles aspectos devem ser tratadas igualmente (Beauchamp, Childress, 2002).

Entre os princípios materiais de justiça distributiva, encontram-se: a cada pessoa uma parte igual; a cada pessoa de acordo com a necessidade; a cada pessoa de acordo com o esforço; a cada pessoa de acordo com a contribuição; a cada pessoa de acordo com o mérito; a cada pessoa de acordo com as transações do livre mercado. É razoável admitir que cada um dos princípios identifica uma obrigação moral *prima facie*, que deve ser analisado de acordo com o contexto particular nos quais são aplicáveis (Beauchamp, Childress, 2002).

Beauchamp e Childress

defendem a regra da justa oportunidade. Entendem que esta regra ordena que a ninguém seja destinado ou negado benefícios sociais se não forem merecidos. Ao contrário, a regra da justa oportunidade requer que cada qual receba os benefícios necessários para amenizar ou corrigir os efeitos deletérios decorrentes dos infortúnios da loteria da vida (Zoboli, 2003, p. 68).

Dessa forma,

portadores de necessidades especiais, por exemplo, necessitam de cuidados para ter uma justa chance na vida e, como não são responsáveis pela sua condição, a regra da justa oportunidade admite que recebam tudo que os auxiliará a suavizar os efeitos maléficos para a saúde causados pela loteria da vida. Já se a pessoa for responsável por suas incapacidades, o direito à aquisição de benefícios para auxiliar nos cuidados a saúde pode lhe ser negado (Zoboli, 2003, p. 68).

Sobre a teoria da justa oportunidade,

Beauchamp e Childress discutem se deveria haver a participação dos governos na alocação dos cuidados à saúde ou se seria mais prudente deixá-los de acordo com as regras do mercado. Admitem, no entanto, que a regra da capacidade de pagar pelos serviços não deve constituir o único princípio de justiça distributiva a regular o acesso aos bens e serviços de saúde. Para os autores, é importante que as sociedades adotem o direito dos cidadãos a um mínimo decente de cuidados a saúde (Zoboli, 2003, p. 69).

4.1.2 O Principialismo Hierarquizado

Entre as propostas que se utilizam de princípios morais como núcleo de sua fundamentação, o autor espanhol Diego Gracia, no livro *Procedimentos de decisão em Ética Clínica*, critica a falta de um sistema de referência prévio, assim como a ausência de hierarquia dos princípios, na proposta do Modelo Principialista de Beauchamp e Childress (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

Apesar de Gracia concordar com os autores do Modelo Principialista de que são quatro os princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), discorda da falta da hierarquia existente entre eles. A linguagem dos valores e dos direitos humanos pode reduzir-se a essas quatro palavras, mas existe hierarquização entre elas (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

Mesmo divergindo da opinião dos autores da teoria Principlista quanto à falta de hierarquização, Gracia admite que todas as teorias de fundamentação da bioética foram construídas em diálogo com o Principlismo de Beauchamp e Childress (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

Os princípios da não maleficência e justiça se diferenciam da autonomia e beneficência, pois obrigam com independência de opinião e da vontade das pessoas envolvidas e, portanto, têm um nível superior aos outros dois (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

Os princípios da não maleficência e justiça foram considerados como de primeiro nível e, portanto, têm caráter público e são exigidos até coercitivamente. Gracia os denomina como a ética dos mínimos, ou seja, uma obrigação imposta universalmente para todos os cidadãos. Portanto, determina os deveres para cada pessoa, tanto na ordem de sua vida biológica (princípio da não maleficência) como em sua vida social (princípio da justiça). Trata-se da ética do dever, do correto. Para o autor, esse nível corresponde ao direito, assemelhando-se aos clássicos direitos perfeitos e se fundamenta no princípio da universalidade (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

Nesse caso, todos se submetem ao cumprimento mínimo das obrigações, regras e valores comuns – como, por exemplo, a obrigação de respeitar as pessoas, seu corpo, sua dignidade, não causar danos, tratar os pacientes sem discriminação, proteger os desfavorecidos e tratar os outros como gostaria que fosse tratado (Figueiredo, 2011).

No primeiro nível, os deveres perfeitos são definidos pela vontade geral, têm caráter público, obrigam a todos igualmente, e o Estado pode usar a força para fazê-los cumprir. Isso significa que cada um deve procurar o estabelecimento de um conjunto de valores comuns, tanto relacionados aos costumes quanto às regras legais. Porém, a vontade geral depende dos valores dos indivíduos e dos grupos sociais que diferem em cada local e em diferentes momentos históricos. Por isso, esses deveres são variáveis e geram direitos correlativos nos demais indivíduos (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

A ética dos mínimos estabelece a não maleficência como a proteção da saúde física, mental e espiritual dos indivíduos, e a ética da justiça, como a proteção da integridade interpessoal e social, evitando a segregação de alguns indivíduos por outros sobre as questões fundamentais de convivência. Os princípios da autonomia e beneficência foram considerados pelo autor como de segundo nível. Por adquirirem caráter privado, isto é, por situarem-se no espaço privado de cada pessoa, representam a ética de máximos e dependem do próprio sistema de valores de cada indivíduo, do próprio ideal de perfeição e felicidade. Gracia afirma

que esse nível é especificamente moral e corresponde aos deveres imperfeitos da tradição, baseando-se no princípio da particularização (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

Esses deveres imperfeitos não são exigíveis senão pelo próprio sujeito. Referem-se às chamadas obrigações imperfeitas, que podemos exigir de nós mesmos, mas não podemos impor aos outros. São administrados privadamente e, nesse âmbito, o pluralismo e a tolerância são princípios irrenunciáveis. Esses deveres imperfeitos não geram direitos correlativos nos demais indivíduos (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

Diferentemente da proposta de Beauchamp e Childress, que analisam os quatro princípios como deveres *prima facie*, ou seja, do mesmo nível, nesse caso, por não existir hierarquização entre eles, diante de uma situação de conflito, deve-se deliberar conforme as consequências. Em outras palavras, em dada situação pode ser prioritário o princípio da beneficência; em outra, o da autonomia; em outra, o da justiça e assim por diante (Figueiredo, 2011).

Em caso de conflito, os princípios de nível público têm prioridade sobre os de nível privado. Para o autor, a hierarquização desses princípios justifica-se porque muitas vezes os conflitos morais surgem como conceituação de resultado público ou privado (Gracia, 1998).

O papel do médico não é primariamente o da beneficência (fazer o bem), mas o da não maleficência (não causar o mal). Para Gracia, o princípio da autonomia afirma que o paciente é o único com autoridade moral sobre seu próprio corpo, e que ninguém tem direito a decidir por ele ou impor limites à sua decisão. Exceto em situação de extrema emergência, a única coisa que o profissional pode fazer é contrariar o paciente quando o seu desejo atenta contra os princípios da não maleficência ou da justiça. Se por um lado, pelo compromisso moral do profissional, deve evitar dano; por outro, o paciente não tem o direito de impor suas convicções (Gracia apud Figueiredo, 2011).

Gracia justifica a hierarquização dos princípios pela tradição ética ocidental, baseando-se em Aristóteles, que distinguia dois tipos de deveres: os positivos e os negativos. O direito positivo está relacionado com o dever ou obrigação moral, já o direito negativo está relacionado com a não interferência de uns em relação aos direitos de outros (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

A tradição europeia tem estado mais influenciada pelos alvos de fundamentação sobre os princípios absolutos, como é o caso do imperativo categórico kantiano, que gerariam obrigações morais absolutas: não maleficência e justiça. Esses dois princípios regulam o bem comum e são hierarquicamente superiores (em caso de conflito) ao da autonomia, que se refere ao bem particular de cada indivíduo (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005, p. 448).

Depois de analisar as variadas concepções que a tradição ocidental foi desenvolvendo sobre os diferentes tipos de deveres, Gracia concluiu que não há mandatos sem exceção, desde que eles possam justificar por que são considerados necessários em certas circunstâncias. Nem os deveres perfeitos necessitam de exceções e nem há deveres absolutos. Portanto, para o autor, o mais importante não é negar as exceções, mas exigir que, quando as houver, se realizem corretamente, por prudência, arcando com a prova e sendo exceção e não regra, no menor número possível (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

Gracia lembra que a racionalidade moral evolui ao mesmo tempo lógica e historicamente e, por essa razão, os deveres não podem ser formulados de uma vez por todas, mas vão sendo gerados historicamente e se descobrem em cada contexto. Sendo histórica, a racionalidade moral é um instrumento de transformação da história. O homem, ao converter as coisas em problemas, é capaz de mudar o curso da história e conseguir que evoluamos moralmente. O autor admite que não se deve confiar totalmente em todas as teorias morais, pois são sempre incompletas e insuficientes, e, por isso, um sistema moral coerente necessita ponderar em cada caso particular os princípios, por um lado, e as consequências, por outro, realizando uma dupla análise dos princípios e das consequências (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

Se levarmos em conta a diversidade de nossa sociedade, ou a dificuldade que temos em trabalhar em equipe, teremos que reconhecer a importância de dirigir instrumentos que nos auxiliem na tomada de decisões no campo dos valores. Devemos considerar que, quando buscamos uma solução compartilhada, também estamos aderindo a um modelo de decisão (Alcaraz, Padilla, 2008).

Gracia argumenta que o Principlismo é perfeitamente compatível com a análise contextual. No raciocínio moral, há um momento principialista e um momento contextualista. Os princípios materiais não podem ser absolutos e, portanto, têm exceções que somente podem ser justificadas à vista do contexto ou da situação concreta. Para o autor, o único princípio absoluto é o critério formal do respeito de todos os seres humanos (Gracia apud Ferrer, Álvarez, 2005).

A proposta de hierarquia dos princípios da bioética é muito frutífera e tem como principais virtudes sua simplicidade, o fato de ser muito pedagógica e ajudar muito bem na tomada de decisões e na resolução de conflitos morais nos casos reais (Ferrer, Álvarez, 2005).

4.1.3 O Modelo do Cuidado: a ênfase nas relações

Defendido por Carol Gilligan no livro *In a different voice: psychological theory and women's development*, de 1982, o Modelo do Cuidado parte mais da psicologia evolutiva, sendo mais de natureza psicológica do que propriamente filosófica. Contrapõe o valor do cuidado, característica mais feminina, ao da justiça, mais masculina, e propõe-no como noção fundamental para o desenvolvimento moral (Pessini, Barchifontaine, 2008, p. 65).

A autora busca diferenças na noção de moralidade entre homens e mulheres e afirma que enquanto a mulher valoriza mais o cuidado, o homem valoriza mais a justiça. Segundo a autora, por essa diferença de noção da moralidade, as mulheres percebem mais a responsabilidade para com os outros, a importância das relações, o valor da alteridade. Por outro lado, os homens tendem a ver a si mesmos em oposição aos outros e procuram estabelecer regras de justiça que auxiliem no estabelecimento de direitos e deveres.

A “ética do cuidar” apontou, com uma espécie de originalidade-desbravadora, as diferenças entre os comportamentos éticos dos homens e das mulheres. Gilligan desenvolveu a ideia de que a eticidade feminina seria essencialmente baseada no “cuidar” (por isso, o conceito “ética do cuidar”), ao passo que o sentido ético masculino guiar-se-ia pelo princípio da justiça, sendo, portanto, a “ética da justiça” essencialmente masculina (Diniz, Velez, 2000).

O impacto da teoria de Gilligan nos escritos sobre feminismo, gênero e ética foi imenso, especialmente por sua ênfase à ética no plural. As categorias do “cuidar” ou da “justiça” como referentes aos padrões éticos das mulheres e dos homens, respectivamente, levaram à ponderação de que os papéis de gênero do feminino e do masculino conduziam a prerrogativas éticas diferentes. A consequência lógica do argumento de Gilligan, e aquela que hoje persiste na bioética feminista, foi a consideração de que os discursos éticos deveriam contemplar a diversidade (para ela, as diferenças de gênero) (Diniz, Velez, 2000).

A importância da obra de Gilligan não se limita, no entanto, à sua contribuição histórica aos estudos bioéticos ou de ética feminista. O impacto, mais do que teórico, foi estimulante. A discussão sobre a “ética do cuidar” implicou uma reflexão sobre as diferenças entre homens e mulheres, ou mais propriamente sobre os papéis de gênero, no que diz respeito aos posicionamentos éticos (Diniz, Velez, 2000).

O modelo do cuidado, proposto por Carol Gilligan (1982), contrapõe o valor do cuidado, de expressão, segundo a autora, acentuadamente feminina, ao da justiça, de

expressão mais masculina, e o propõe como eixo fundamental para o desenvolvimento de uma ética profissional em saúde. A proposição de Gilligan é uma das abordagens que tem por referência o gênero (Almeida, 1999).

A ética do cuidado caracteriza-se

menos pelo gênero, e mais pelos temas que lhe são caros. É questão de atitude frente às pessoas e ao mundo, modo-de-ser essencial e irredutível. Assim, embora não se deva desconsiderar a construção histórico-social das relações de gênero, reconhecendo que estas modelam diferentes experiências e desigualdades, o propósito primeiro de Gilligan é explicitar, explicar, a interação destas diferentes vozes, em diálogo dialeticamente complementar (Zoboli, Pegoraro, 2007, p. 214).

A ética do cuidado surge ao abordar a perspectiva de que o desenvolvimento moral das mulheres é caracteristicamente distinto do dos homens. Sujeitos femininos veem a moralidade tipicamente em termos das responsabilidades do cuidar derivadas dos vínculos com os outros, enquanto os sujeitos masculinos veem a moralidade tipicamente em termos de direitos e justiça (Beauchamp, Childress, 2002).

Para Ferrer e Álvarez (2005), se realmente essa diferença lançada por Gilligan existe, poderia ser explicada porque homens e mulheres foram socializados de maneiras muito diferentes. Se os homens foram educados para se desenvolver na esfera pública, as mulheres o foram para a esfera privada, do lar e da família. Na esfera pública, os homens tratam, sobretudo, com aqueles com quem não existe uma relação afetiva, com estranhos.

As pesquisas com sujeitos do sexo feminino realizadas por Gilligan (1982) a levaram a questionar a neutralidade do gênero. As mulheres não são menos maduras moralmente que os homens, mas falam uma voz diferente, a partir de uma perspectiva feminina. Gilligan esclarece que essas *vozes diferentes* não são um problema a ser solucionado, mas marcas da própria condição humana e que não se pode produzir um controle que sufoca a voz e provoca a morte da linguagem, possibilitando irromper as condições para o totalitarismo.

Segundo a autora, a diferença existente entre as experiências das mulheres e a representação do desenvolvimento humano, ou o contraste entre as vozes masculinas e femininas prestam-se mais para aclarar uma distinção entre dois modos de pensar e focalizar um problema de interpretação do que para representar uma generalização sobre qualquer dos gêneros (Gilligan, 1982).

A visão de mundo pelo olhar exclusivamente masculino e determinar essa visão como norma a ser seguida é um erro de interpretação, uma limitação na concepção da condição humana, uma eliminação de certas verdades sobre a vida. A preocupação com a

responsabilidade do cuidado para com o outro caminha na direção de desenvolvimento moral em torno da compreensão da responsabilidade e dos relacionamentos, diferentemente da visão moral masculina de justiça, mais focada no desenvolvimento de direitos e regras (Gilligan, 1982).

A autora apoia seu trabalho no desenvolvimento de redes conectadas pela comunicação para a resolução de problemas éticos, ao contrário do rompimento dessas redes e na lógica da abordagem da justiça. Em seus estudos, Gilligan aponta para o fato de haver, nos homens, a preponderância de uma voz de *justiça* e, nas mulheres, uma voz de *cuidado* (Gilligan, 1982).

O essencial é compreender que na visão da autora não há apenas uma forma de identificar as éticas que coabitam a existência humana, mas sim de pensarmos em outras, e a virtude da generosidade é uma delas.

Em escritos mais recentes e com sua teoria mais amadurecida, Gilligan deixa claro que as duas orientações estão presentes nos dois sexos. Homens e mulheres possuem as duas orientações na resolução dos conflitos morais, tanto a orientação da justiça quanto a orientação do cuidado. Considera que a orientação da justiça ou do cuidado pode ser mais expressiva nos homens ou mulheres, respectivamente, mas que há uma flexibilidade, podendo-se modificar a orientação dependendo do conflito em questão (Ferreira, 2007).

Ao desenvolver seu conceito de ética do cuidado, Gilligan elabora uma nova concepção de ética e efetua uma crítica de aspectos das teorias de autores consagrados no campo do desenvolvimento moral e da psicologia cognitiva, como Jean Piaget e Lawrence Kohlberg, assim como Freud. Esses autores, de diferentes maneiras, compartilham a ideia de que as mulheres apresentam uma parada ou atrofia no desenvolvimento moral (Montenegro, 2003).

Segundo Gilligan (1982), incorre-se nesse tipo de interpretação do desenvolvimento moral das mulheres quando se assume implicitamente a experiência dos homens como regra, utilizando-a como lente na observação do comportamento feminino.

A ética do cuidado, apreendida na forma como as mulheres respondem a dilemas morais, traduz-se em busca de intimidade e sensibilidade às necessidades do outro, diferenciando-se da ética do direito, que vinha fundamentando a psicologia do desenvolvimento moral, centrada na busca de realização individual, levando à definição de maturidade como sinônimo de autonomia pessoal (Montenegro, 2003).

As mulheres norteiam-se por um princípio moral distinto, que as leva a priorizar o outro em suas ações morais, indo além do princípio de justiça. Suas respostas surgem como

indicativas do cuidado e interesse pelo outro, que fundamentam a psicologia do desenvolvimento das mulheres e são responsáveis pelo que é tido em geral por problemático em sua natureza (Gilligan, 1982).

Em um artigo de 1988, em que apresentam os resultados de três estudos cujo objetivo foi investigar as duas orientações morais – justiça e cuidado – e determinar até que ponto homens e mulheres se diferenciam quanto à natureza de suas respostas a dilemas morais, Gilligan e Attanucci (1988) confirmam a tese de que as dimensões de cuidado e justiça caracterizam todas as formas de relação humana, tanto da vida privada quanto pública. E que, embora comuns aos seres humanos, as pessoas tendem a focalizar um ou outro aspecto – a justiça ou o cuidado – quando expostas a dilemas morais. Confirmaram, ainda, a associação entre orientação moral e gênero, pois, apesar de tanto homens como mulheres utilizarem as duas orientações, as mulheres tendem a focalizar mais o cuidado, e os homens, a justiça. (Montenegro, 2003).

As vivências infantis dos primeiros anos de vida podem servir como base importante para a concepção de ética do cuidado proposta por Gilligan, para explicar a propensão da mulher a estabelecer vínculos, buscar relações de proximidade, estar mais atenta às necessidades do outro. Esse mesmo raciocínio, entretanto, possibilitou a difusão de pesquisas com explicações naturalizantes, que supervalorizam nas mulheres o cuidado, ou o altruísmo, mesmo que essa não tenha sido a intenção de Gilligan (Montenegro, 2003).

Além disso, mantém-se a dicotomia razão / emoção, traduzida como justiça / cuidado, só que agora valorizando o cuidado em benefício das mulheres. A dicotomia não foi alterada, porque não houve questionamento de seus fundamentos, utilizando-se como possibilidade para a análise a incorporação de aspectos da compreensão psicanalítica do fenômeno da diferença (Montenegro, 2003).

4.1.4 A Ética Profissional

Ética profissional significa dever, obrigação, regras, aquilo que se deve fazer (Lalande, 1999).

A ética clássica defende a existência de um código único de preceitos e obrigações, que não permite discussões e que, por isso, deve ser cumprido por todas as pessoas (Gracia apud Elma, 2003).

O Código de Ética é definido como um conjunto de normas que determina quais são os direitos e deveres de um grupo profissional em relação às suas atribuições e responsabilidades (Oguisso, Schmidt, 1999).

Os Códigos de Ética são normas que servem como padrão de conduta, que, especialmente na área da saúde, muitas vezes entram em confronto com as de outros grupos profissionais e com regulamentos administrativos de muitas instituições (Fortes, 1998).

No Brasil, esses códigos estabelecem sanções garantidas pelo poder estatal quando da sua violação, situação diversa daquela encontrada em outros países, onde servem apenas de diretrizes para os diferentes profissionais de saúde (Narchi, Secaf, 2002).

A ética profissional é a aplicação da ética geral no campo das atividades profissionais (Camargo, 2001).

Isso significa que o profissional tem que estar imbuído de certos princípios ou valores próprios do ser humano para aplicá-los em seu trabalho. Na prática, a ética profissional pauta-se por proibições, vetos, limitações ou, simplesmente, normatizações que têm por finalidade restringir a conduta ao que se pode ou não se pode fazer, ou ao que se deve ou não fazer enquanto integrante de uma categoria profissional (Figueiredo, Ferreira, 2010).

O termo “deontologia” surgiu com o filósofo inglês Jeremy Bentham, em fins do século XVIII, no livro *Deontology*, publicado em 1834, para designar o conjunto dos deveres exigidos no exercício de determinada profissão. Esse termo vem do grego *deon* (*deontology*), *déonto* (*Déontologie*), que significa “dever”, e *logos* (tratado) + *ia*. É qualificada como a ciência que estuda os deveres de um grupo profissional, é a ciência do dever. Frequentemente, as normas começam com o advérbio “não”. Geralmente, são normas éticas que expressam proibições ou impedimentos à ação dos profissionais (Figueiredo, Ferreira, 2010).

De maneira geral, a palavra “deontologia” foi rapidamente ligada às profissões liberais tradicionais e geralmente indica o conjunto de deveres vinculados ao exercício de uma profissão (Durand, 2007).

A ética deontológica valoriza primeiramente o conceito de dever e só posteriormente o conceito de bem e as consequências das ações. Significa, portanto, que os juízos morais da ação humana não têm como justificação a obtenção de bons resultados ou sua utilidade. Essa teoria avalia as ações do homem em função do seu princípio implícito e independentemente dos seus efeitos, tratando-se, assim, de uma ética formal, de uma ética do dever (Fórum de Ética, 2012).

A deontologia indica

o conjunto de deveres inerentes ao exercício de uma profissão, isto é, conforma o conjunto codificado das obrigações impostas aos profissionais no exercício de sua profissão. Define como alguém deve se comportar na qualidade de membro de um corpo sócio-profissional determinado, apontando os comportamentos oportunos ou os que devem ser evitados a fim de que a imagem social da profissão seja favorecida ou, ao menos, não se veja prejudicada (Zoboli, 2003, p. 114).

A deontologia “não pretende guiar a consciência ética individual dos que conformam uma categoria profissional, residindo sua preocupação na justeza da ação, considerando a profissão, a sociedade e a relação entre ambas” (Zoboli, 2003, p. 114).

Para Zoboli, “os colegiados, os conselhos e as associações profissionais promulgam os códigos com a intenção de se autorregular e de poderem resolver seus conflitos internamente, evitando, assim, acudir ao aparato judiciário comum à sociedade” (Zoboli, 2003, p. 115).

Os códigos deontológicos “podem configurar um instrumental útil enquanto uma diretriz da prática profissional e também do processo de tomada de decisão frente a situações que configuram problemas éticos” (Zoboli, 2003, p. 117).

As leis de cada profissão são elaboradas com o objetivo de proteger os profissionais, a categoria como um todo e as pessoas que dependem dos profissionais, mas há muitos aspectos não previstos especificamente e que fazem parte do comprometimento do profissional em ser eticamente correto. É imprescindível estar sempre bem informado, acompanhando não apenas as mudanças nos conhecimentos técnicos da respectiva área profissional, mas também nos aspectos legais e normativos. Diversos processos ético-disciplinares nos conselhos profissionais acontecem por desconhecimento e negligência (Glock, Goldim, 2003).

É também indispensável a competência técnica, aprimoramento constante, o respeito às pessoas, a confidencialidade e a privacidade, a tolerância e flexibilidade, o envolvimento, a afetividade, a correção de conduta, as boas maneiras, e corresponder à confiança que é depositada pelos usuários e outros profissionais (Glock, Goldim, 2003).

4.2 A HUMANIZAÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

O conceito de humanização tem sido utilizado com diferentes sentidos e entendimentos e vem se modificando no decorrer dos anos, confundindo-se com a luta pelos direitos dos pacientes (Fortes, 2004).

O final da década de 90 foi marcado pela ampliação de proposições políticas governamentais referentes à humanização na atenção à saúde (Fortes, 2004).

Nos documentos do Ministério da Saúde de 2000, não havia definição precisa sobre o conceito de humanização, apenas referências à necessidade de respeitar o outro na sua singularidade e dignidade (Deslandes, 2005).

Segundo o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – PNHAH de 2001 –, a iniciativa da sua criação expressa uma determinação de enfrentar os amplos desafios de melhoria da qualidade do atendimento público à saúde e de valorização do trabalho dos profissionais. Ao lançar o PNHAH, o MS sugeria várias ações unificadas com a finalidade de aperfeiçoar a qualidade da assistência aos usuários internados em hospitais públicos (MS, 2001a).

O Programa apoiava a necessidade de uma mudança cultural no ambiente hospitalar, guiada pelo atendimento humanizado ao usuário, o que resultaria em maior qualidade e eficácia das ações desenvolvidas (MS, 2001a).

Diferentemente das propostas que focavam apenas os direitos dos usuários, o PNHAH demonstrava a preocupação com a valorização e capacitação dos profissionais, entendendo ser essa uma das condições essenciais para a eficácia da prática humanizada. Entendia, também, que a acentuada especialização dos profissionais de saúde poderia causar progressivo distanciamento dos usuários e a consequente diminuição do vínculo nessas relações (MS, 2001a).

O Programa destacava, ainda, o papel do gestor para dar efeito ao processo de humanização, entendendo ser esse um dos principais responsáveis por proporcionar condições adequadas para que os profissionais fossem valorizados em seu trabalho, e os usuários tivessem seus direitos garantidos (MS, 2001a).

Com o passar do tempo, essa preocupação com a humanização dentro do âmbito hospitalar se ampliou para todos os serviços de saúde. Em 2003, o que era um Programa passou a ser uma Política, e o MS anunciou a PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (MS, 2004b).

Essa nova política pretende ter um caráter transversal. A humanização é entendida como transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho. Incorpora o conceito de humanização e a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema de saúde, além dos direitos dos usuários e do cuidado ao cuidador. Além disso, proporciona adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras (MS, 2004b).

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (MS, 2004b).

Humanizar se traduz como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH (MS, 2004b).

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado (MS, 2004b).

A humanização tem ocupado lugar de destaque nas propostas atuais de reorganização das práticas de saúde no Brasil, objetivando maior integralidade, efetividade e acesso. Os trabalhos sobre as bases teóricas e filosóficas para as mudanças propostas são ainda escassos, embora muito já tenha sido feito em termos da discussão e reestruturação das tecnologias e do planejamento dos serviços (Ayres, 2005).

A reorganização das práticas de saúde implica mudanças de comportamento, que tornam a humanização na saúde um processo complexo, pois sempre despertam insegurança nos profissionais. Os padrões conhecidos parecem mais seguros e, além disso, os novos modelos precisam ser construídos, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização (Martins, 2001).

A humanização caminha na busca de um cuidado que atenda às demandas dos sujeitos. Para humanizar, é preciso estabelecer um diálogo entre profissional e paciente. Reconhecer o

paciente como ser humano é permitir sua liberdade e responsabilização pela sua saúde (Costa, 2004).

Como desafios maiores para nossa humanização, devemos nos perguntar é se

nossas *redes*, em seu *trabalho afetivo*, têm promovido os melhores encontros, se elas têm promovido a formação da “multidão”, isto é, a própria constituição do estado civil como o melhor regime para a realização de nossa potência. E isso porque, mais do que nunca, o que está colocado é exatamente o desafio da construção do estado civil, é a luta contra a autodestruição da Cidade, é a restauração dos laços sociais, é a própria (re)fundação do político (Teixeira, 2005, p. 10).

Apesar dos vários entendimentos sobre humanização, para autores como Rech (2003), humanizar é tratar as pessoas levando em conta seus valores e experiências, evitando qualquer forma de discriminação, de perda da autonomia e preservando a dignidade do ser humano.

Humanizar se refere à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas Instituições de Saúde, adotando uma postura ética de respeito ao outro (Fortes, 2004).

O desafio da humanização diz respeito à possibilidade de se constituir uma nova forma de relacionamento entre todos os atores envolvidos na saúde, pautada pelo reconhecimento da alteridade e pelo diálogo (Deslandes, 2005).

A humanização não possui definição clara, sendo base de um amplo conjunto de iniciativas que procura ampliar a qualidade técnica do atendimento, o reconhecimento dos direitos do paciente e dos profissionais e a democratização das relações que envolvem o atendimento. Essa falta de definição do conceito de humanização e de ações humanizadoras na área da saúde requer que a opinião de usuários e profissionais tenha lugar mais relevante no cotidiano institucional (Deslandes, 2005).

5 RESULTADOS

Durantes as entrevistas, as questões foram dirigidas aos profissionais com objetivo de conhecer suas percepções sobre humanização. As questões foram idealizadas de forma a tentar envolver ao máximo a discussão em torno do tema, de forma a atingir os objetivos do presente trabalho.

Nos discursos, procuramos também observar coincidências e diferenças existentes nessa percepção, em função do serviço onde os profissionais desenvolviam o atendimento.

Utilizando-se como base o Marco Referencial apresentado, surgiram categorias empíricas que pretendem alcançar um maior aprofundamento sobre o tema da humanização.

As categorias foram expostas abaixo e ilustradas com fragmentos dos discursos extraídos das entrevistas dos profissionais.

Evidentemente, muitos foram os discursos que as caracterizavam, entretanto, optamos por eleger os mais representativos.

As categorias foram agrupadas conforme o Quadro 3:

Quadro 3 – Categorias empíricas surgidas dos discursos dos profissionais

Percepções sobre humanização comuns à AMA e ESF	Percepções sobre humanização exclusivas da AMA	Percepções sobre humanização exclusivas da ESF
Integralidade Direitos dos usuários Relação entre profissionais e usuários Valorização profissional Ambiência	Autonomia Alteridade Trabalho em equipe Avaliação de risco Acesso ininterrupto	Respeito à privacidade Vínculo Cuidado Prevenção e promoção da saúde

Analisando as repostas, verificou-se que a opinião sobre humanização dos profissionais entrevistados era ampla, fragmentada e não tinha um conceito claro, demonstrando que o conceito sobre humanização é realmente impreciso.

Foi interessante observarmos que os profissionais entrevistados das unidades AMA e ESF tinham algumas percepções comuns sobre humanização. Outras, no entanto, eram

exclusivas de cada serviço, o que nos pareceu ter relação com o tipo de assistência prestada nos equipamento de saúde onde atuavam.

Sobre a palavra humanização, chamou a atenção dois discursos de médicos: em um deles, o profissional afirmava não concordar com a palavra *humanização* e o que ela representa na área da saúde, e, em outro, o profissional garantia nunca ter ouvido essa palavra durante a sua formação:

“... não acredito nesta palavra, o ser humano tem seu lado mau também... Não seria ser humano, mas seria ser cuidadoso, ser acolhedor. Eu entendo humanização só como uma palavra bonita...”. (M12)

“... ninguém falou pra mim... ninguém nunca utilizou a expressão humanização...”. (M18)

5.1 CATEGORIAS EMPÍRICAS: PERCEPÇÕES COMUNS SOBRE HUMANIZAÇÃO DA AMA E ESF

Quadro 4 – Categorias comuns da ASF e AMA

Percepções comuns à AMA e ESF sobre humanização
<p>Integralidade da atenção à saúde: <i>“... a gente tem que pensar no paciente como uma pessoa, como um todo, e não assim como uma doença...”;</i></p> <p>Direito limitado dos usuários: <i>“... ouvir o paciente, às vezes até tratar ele pelo nome...”;</i></p> <p>Relação entre profissionais e usuários: <i>“... o sorriso é o primeiro que desaparece... Cansaço, o estresse... Tem gerado uma grande perda da sensibilidade do funcionário na relação com o paciente...”;</i></p> <p>Valorização profissional: <i>“... será que alguém se preocupa com o profissional?...”;</i></p> <p>Ambiência: <i>“... quando o paciente fica em pé, em fila, ele fica nervoso...”.</i></p>

5.1.1 Integralidade da atenção à saúde

As palavras integral e integralidade e frases que denotam a preocupação em proporcionar ao usuário um atendimento completo apareceram nas falas de muitos profissionais quando respondiam sobre a humanização na saúde:

“... o mais importante é se sentir olhada e atendida, olhar o paciente de maneira integral...”. (M13)

“... ver o paciente como um todo e respeitar seus valores...”. (E211).

Nos discursos, a integralidade apareceu com vários significados. No entanto, pareceram caminhar em direção à necessidade de proporcionar ao usuário da saúde acolhimento completo, tratamento integral articulado com outros serviços complementares de saúde e outras políticas que interferem diretamente nas necessidades de saúde das pessoas, conforme expressa o discurso a seguir:

“... fluxo pra especialidade, o paciente aguarda muito tempo, gera transtorno nas atividades laborais, paciente às vezes não consegue trabalhar...”. (M215)

Nos discursos, observamos que prestar um serviço integral à saúde dos usuários encontra barreiras no cotidiano dos serviços. A necessidade da atuação conjunta das diversas políticas sociais que interferem na qualidade da saúde das pessoas fica evidente nas falas dos profissionais:

“... Sabe me incomoda profundamente não conseguir dar seguimento... Não ter fluxo, não conseguir marcar uma consulta...”. (M218)

“... Vagas com especialistas, o paciente não consegue ter a continuidade do tratamento, demora muito pra conseguir a consulta...”. (M211)

Outros discursos ilustraram os vários sentidos da atenção integral e as dificuldades em atender à saúde de forma completa:

“... acesso às questões que visem melhorar também as condições ambientais, sanitárias, além da saúde daquela comunidade...”. (E214)

“... Nós que trabalhamos em PSF, não podemos ver só o paciente individualmente... Tem que visar a queixa dele, a preocupação dele, é atender o paciente com respeito, com carinho, com atenção...”. (E210)

“... Verificar também o aspecto social, casa, relacionamento amoroso, vícios, dependência...”. (M14)

“... Não só a queixa principal, mas, poder atendê-lo de uma forma ampla, extrapolando o setor saúde... Que ele possa relatar todos os seus problemas e ter respostas não somente clínicas pra estes problemas, mas, também respostas humanizadas...”. (E26)

5.1.2 Direitos dos usuários

Durante os discursos, os profissionais referiram o direito do paciente ao bom atendimento, de ser chamado pelo nome e o direito de poder identificar os profissionais que estão realizando o seu atendimento:

“... é um direito o usuário ser atendido e bem atendido...”. (M218)

“... o paciente tem direito a um atendimento de qualidade...”. (E216)

“... fizemos um treinamento pra acabar com este negócio de: ... próximo, próximo... a gente chama ele pelo nome...”. (M110)

“... humanização é respeitar e chamar o paciente pelo nome...”. (M213)

“... o tratamento com o paciente deve ser de respeito, ele tem que ser chamado pelo nome...”. (E212)

Citaram, também, a importância do direito dos usuários portadores de necessidades especiais e idosos ao atendimento prioritário, bem como o direito ao acompanhante:

“... humanizador é a permissão de um acompanhante com o paciente...”. (E11)

“... priorizar o atendimento, tendo acessibilidade aos portadores de necessidades especiais...”. (E15)

“... como eu estou aqui há poucos meses, algumas coisas que eu vi, e que eu achei muito legal, foi o atendimento especial ao idoso...”. (M212)

A informação ao paciente foi apontada como fundamental para o usuário. Orientações sobre saúde e informações do próprio serviço foram mencionadas como relevantes para a humanização:

“... quando elas precisarem de informação, todos os profissionais saberem o mínimo para informar...”. (E211)

“... temos uma população que tem muito pouco conhecimento no geral, de cultura, tem pouco conhecimento, leitura, escrita, quase eles não têm também...”. (M15)

“... acho importante considerar que muitos profissionais utilizam ao máximo da informação que detêm visando colaborar com a população e suas carências...”. (M220)

“... tem que ter paciência de passar esta informação para ela e aceitar a ignorância dela em certas coisas...”. (E18)

“... responsabilidade pelas informações que você tá oferecendo pro paciente... As alternativas que você tá oferecendo pro paciente...”. (M217)

Por meio da informação acessível, os usuários têm condições de se organizar para garantir os seus direitos e buscar melhorias para a saúde:

“... processo educativo de empoderamento dos cidadãos, sensibilizando-os quanto aos seus direitos e deveres...”. (E115)

“... é ir além da estrutura física, mobiliário... É literalmente envolver as pessoas no sistema de saúde e torná-las sujeitos de qualquer mudança no serviço...”. (E210)

“... um exemplo que eu tive, um dia eu atendi uma paciente que tinha 80 anos. Ela disse, Doutor, eu tenho a medicação, mas eu não sei ler e não tem ninguém que me ensine a fazer isto...”. (M11)

Também relacionado à informação ao usuário, nas entrevistas os discursos apontavam em direção à importância dos grupos de orientação:

“... Nós trabalhamos com grupos também e trabalhamos com a repetição da informação... Tudo isto para tentar dar a melhor informação possível para que ele consiga lidar com o seu cotidiano e sua doença se assim houver uma...”. (E214)

“... o grupo, ele acaba sendo mais efetivo pro PSF, pois cria laços, vínculos, aderência e nós profissionais da enfermagem nos sentimos mais úteis no nosso trabalho...”. (E216)

5.1.3 Relações entre profissionais e usuários

Os profissionais alegavam dificuldades em entender as metas de produção da SMS de São Paulo, atender a essas metas e a exigência do gestor da unidade pelo seu cumprimento:

“... o fluxo das cobranças, assim, cobranças sempre têm, mas assim, mas do jeito que chega é muito desumano... É do tipo: cumpra-se a pauta agora!...”. (E6)

“... Tem que fazer!...”. (M211)

Pelos discursos expostos, entende-se que a falta de discussão sobre a importância do cumprimento de metas e coleta de informações interfere nas relações, podendo gerar situações de conflito:

“... nunca podemos ter um questionamento. Nunca tem o inverso né, da gente dá uma resposta legal, da gente propor uma necessidade. Ou seja, queremos propor isto... A nossa visão epidemiológica do território tá deste jeito. É sempre o inverso, é sempre de cima pra baixo...”. (M217)

“... que o gestor seja uma pessoa que esteja atenta não somente às metas, mas também aos pacientes... Temos muitas metas no PSF para cumprirmos...”. (E216)

“... Na realidade, a gerência tá montando um AMA dentro do PSF. Esta é a minha visão e eu acho que tá tudo errado!... Existe, assim, uma dissonância entre o número de médicos e pacientes e o tempo que resta para que cada paciente seja atendido. Isto precisa ser melhorado para que o paciente possa receber este atendimento humanizado...”. (M219)

“... Outra coisa é a Prefeitura ficar focada somente na produtividade. Ela não tem nenhum valor qualitativo. É lamentável...”. (E211)

“... Eu tenho que atender tantos por mês. É maluco, pois eu tenho de sair à caça de pacientes, pois, muitas vezes, eles agendam e os pacientes não aparecem...”. (M19)

“... não ajuda muito a tornar o serviço humanizado quando se cobra números o tempo todo...”. (E213)

Além dos problemas relacionados ao cumprimento de metas de produção, em muitos discursos, as dificuldades encontradas na relação entre profissionais de saúde e usuários pareciam comprometer a humanização dos serviços, conforme podemos verificar abaixo:

“... os funcionários não estão preparados para abordar os pacientes... Não sabem abordar, são agressivos...”. (E17)

“... lidar com médicos é muito complicado. É um profissional muito difícil...”. (M17)

“... a maioria dos pacientes é muito agressiva...”. (E13)

“... existem grandes dificuldades na relação médico paciente...”. (M19)

Verificamos que existiam situações de conflito entre os próprios profissionais das unidades, conforme verificamos nos discursos abaixo:

“... deveria ter um espaço legal, ser arrumado, com um fluxo para todos. Numa outra visão, que os funcionários se dessem bem, cada um cuidasse de sua parte e fizessem o melhor...”. (E17)

“... a gerência é muito ruim, não tem experiência, falta dinamismo, e a equipe acaba não entendendo bem a dinâmica e atuando de forma menos comprometida...”. (M212)

“... tratar bem as pessoas, não só os pacientes como nossos colegas de trabalho...”. (E19)

“... que o mais importante é manter um bom relacionamento com o paciente e entre os funcionários também...”. (M19)

5.1.4 Valorização do profissional

Inúmeras foram as vezes que os entrevistados citaram a necessidade da valorização dos profissionais de saúde, inclusive com capacitações permanentes e formação em humanização:

“... tanto os pacientes quanto os funcionários têm de ser bem tratados...”. (M217)

“... ter um processo de educação continuada para melhorar o atendimento, buscar o melhor das pessoas...”. (E214)

“... também, acho que a formação contínua é uma forma de humanização. Não só colabora com a nossa ação com o paciente, bem como nos torna melhores e mais aptos para atender com mais efetividade...”. (M17)

“... tanto em relação à estrutura física quanto à qualificação da equipe que esteja preparada para atender as necessidades dos pacientes. Não consigo pensar em mais nada...”. (M110)

Além da capacitação nos serviços, os discursos demonstraram a necessidade de um olhar mais cuidadoso para com os profissionais de saúde:

“... é importante que o funcionário também seja bem tratado...”. (E218)

“... acho que trabalharia muito com o cuidando do cuidador, porque o funcionário fica muito sucateado... O serviço já é complicado e, de certa forma, o funcionário fica em 3º plano...”. (E213)

“... que as pessoas fossem acolhedoras, que se tratassem com respeito, dignidade, que o serviço fosse rápido, eficiente, que tivessem profissionais treinados...”. (M19)

Algumas experiências positivas que envolviam o cuidado e valorizavam o profissional foram citadas:

“... a gente, uma vez por mês, tem um espaço de escuta... E isto mudou, mudou a postura. O funcionário sente mais acolhido tanto pela comunidade quanto aqui pela gestão...”. (E210)

“... nós temos um projeto aqui, que os funcionários participam que se chama cuidando do cuidador, que acontece uma vez por mês, acaba refletindo sim, eu acredito no atendimento dos pacientes...”. (E212)

Consideramos interessante o discurso que mencionava a preocupação com o acolhimento ao profissional. Essa preocupação se deve ao desgaste que sofrem no seu cotidiano e, portanto, também necessitam ser valorizados:

“... o funcionário precisa se sentir valorizado e feliz...”. (E213)

5.1.5 Ambiência

Nas entrevistas, os profissionais citaram a importância de espaços acolhedores para profissionais e usuários dos serviços, com sistema de informação acessível e o respeito às condições de acesso aos portadores de necessidades especiais:

“... tem que ter boa sinalização dentro da unidade, desde a porta e em toda a unidade de saúde...”. (E17)

“... melhor adequação do espaço físico para agilizar o atendimento...”. (M14)

“... ambiente físico apropriado, onde os profissionais possam exercer sua função com segurança e o usuário possa ser atendido com tranquilidade...”. (M219)

“... priorizar o atendimento, tendo acessibilidade aos portadores de necessidades...”. (E19)

“... tem uma recepção rápida... As senhas, por exemplo, eu acho que foi um negócio bem legal... Quando o paciente fica em fila ele fica nervoso...”. (M18)

5.2 CATEGORIAS EMPÍRICAS: PERCEPÇÕES EXCLUSIVAS DA AMA

Quadro 5 – Categorias exclusivas da AMA

Percepções sobre humanização exclusivas da AMA
<p>Respeito à autonomia: <i>“... a gente não está garantindo a autonomia dele...”;</i></p> <p>Alteridade: <i>“... tratar uma pessoa como você gostaria de ser tratado...”;</i></p> <p>Trabalho em equipe: <i>“... temos que trabalhar em conjunto para atendermos a pessoa como um todo...”;</i></p> <p>Acesso ininterrupto: <i>“... a unidade fecha, tem que rodar rápido o paciente...”;</i></p> <p>Avaliação de risco: <i>“... triagem tira o tempo do paciente do consultório médico...”.</i></p>

5.2.1 Respeito à autonomia

O respeito pela autonomia do paciente foi observado no discurso de médicos e enfermeiros da AMA. Os profissionais mencionaram a necessidade de compartilhar informações com os usuários sobre seus problemas de saúde, partindo do princípio de que a informação é fundamental para o exercício da autonomia, conforme verificamos nos discursos abaixo:

“... informações sobre a doença, o prognóstico para tratamento é extremamente importante que o profissional passe esta informação de uma forma mais aberta, através de um diálogo, onde se possa ter uma sintonia de entendimento entre o profissional de saúde e o paciente...”. (M12)

“... além de a gente estar medicalizando mais o paciente a gente não está garantindo a autonomia dele. Ele não sabe o que está acontecendo com sua própria saúde. Não sabe as possibilidades de caminhos que ele poderá ter com a sua doença. Não sabe nada. É tudo automático e tudo se repete o tempo todo. Isto não é humanizador...”. (M17)

“... é fazer com que o paciente entenda seu problema e possa lidar com ele...”. (E14)

“... muito importante é a parte de orientação e informação do paciente... Por falta de orientação eles acabam vindo sem necessidade...”. (M14)

“... o profissional não deve economizar palavras para esclarecer ao paciente sobre as suas condições de saúde. As dúvidas e a falta de informações são as principais causas de não aderência ao tratamento...”. (M215)

Percebe-se, com os discursos, que existe a preocupação dos profissionais com relação à autonomia do usuário, possivelmente, por entenderem que o paciente precisa ser informado para que possa atuar de forma mais efetiva com a própria saúde, em uma relação de corresponsabilidade:

“... o usuário precisa olhar para a sua saúde de uma perspectiva diferente, voltada para a prevenção e promoção, se responsabilizar tanto quanto os profissionais para que o sistema de saúde funcione voltado para a resolução dos problemas...”. (M213)

“... é a mudança de atitude de cada pessoa, é cada um se responsabilizar por sua parte e trabalharem juntos para realmente atender as necessidades de saúde e a necessidade de dignidade no trabalho dos profissionais...”. (M216)

Chama a atenção que os profissionais da AMA entendem que, ao serem mais informados, os usuários poderão procurar menos o serviço de saúde e, por esse motivo, valorizam a autonomia do paciente. No entanto, não se nota nos discursos que, munidos de informação, os usuários têm o direito de recusar os tratamentos propostos.

5.2.2 Alteridade

A alteridade é essencial na discussão Bioética e significa o respeito pelo outro, a convivência com as diferenças e a busca do equilíbrio entre os diversos pontos de vista. Chama a atenção que esses discursos apareceram na AMA:

“... tratar uma pessoa como você gostaria de ser tratado...”. (E16)

“... serviço de saúde igual e acessível para todos... É o exercício constante de alteridade...”. (E18)

“... fazer para o outro o que um serviço de saúde poderia fazer por mim...”. (M17)

5.2.3 Trabalho em equipe

Durante as entrevistas da AMA, os profissionais expuseram a importância do trabalho em equipe, conforme os discursos abaixo:

“... trabalhar bastante a questão do trabalho em equipe...”. (M18)

“... o trabalho em equipe faz deste lugar um lugar mais humano, os funcionários da enfermagem são atenciosos...”. (E16)

“... precisamos da equipe multiprofissional afinada para poder nos ajudar. Aí sim, dá pra dizer que podemos desenvolver um trabalho humanizado...”. (M19)

“... temos que trabalhar em conjunto para atendermos a pessoa como um todo...”. (E19)

“... se o coordenador, o gerente, não tiver envolvimento com a humanização o serviço não vai fluir de forma humanizada... tem de vir de uma filosofia de

trabalho entende? Tem que ser amplamente discutido e de forma frequente, porque se não um faz e o outro não. Não faz link. Precisa ser em todos os setores. Isto, eu sei é um ideal...”. (M16)

Verifica-se nesse contexto que, apesar de cada saber específico, os profissionais da saúde entendem a necessidade do envolvimento da equipe multiprofissional:

“... tem que envolver o serviço social, o serviço de odontologia...”. (M12)

“... trabalho da assistente social eu acho superinteressante...”. (E13)

5.2.4 Acesso ininterrupto

A forma de organização do serviço oferecido pela AMA, com demanda espontânea ou “porta-aberta”, foi considerada como não humanizada em função do volume e da limitação do horário de atendimento. Com exceção de uma, cujo atendimento era 24h, todas as unidades entrevistadas iniciavam o atendimento às 07h00 e encerravam às 19h00:

“... a AMA por si só, ela não é humanizadora. Você tem que atender rápido o paciente. Você tem que fazer um grande exercício. O que eu faço aqui é um grande exercício...”. (M19)

“... já chegamos a atender mais de 11.000 pessoas no mês. Como agir humanamente com um atendimento desses?...”. (M14)

“... o que eu não acho positivo é às 19h fechar a unidade...”. (E16)

“... tanto o enfermeiro quanto o médico ter que falar para o paciente: você vai poder ficar e você não vai poder ficar. Se é um pronto atendimento, deveria funcionar 24 horas...”. (M11)

“... você não deveria ter esta preocupação de mandar o paciente procurar outro lugar. Isto é um ônus... Isto estressa, porque as pessoas precisam ir embora depois de trabalhar 12 horas, isto dá problema, aí fica sempre um tentando descontar no outro...”. (M16)

5.2.5 Avaliação de risco

De acordo com os profissionais entrevistados na AMA, as unidades estão organizadas para realizarem a avaliação de risco em todos os usuários que procuram a unidade, como forma de priorizar o atendimento dos casos mais graves. A avaliação de risco é aceita pelos profissionais que a entendem como uma ação de humanização:

“... avaliação de risco é humanização...”. (M13)

“... você tem que entender que o AMA tá aqui pra fazer uma triagemzona...”. (M18)

“... eu acho que a triagem vale muito quando você tem uma espera maior...”. (E17)

“... quando você faz avaliação de risco, eu estou entendendo que é pra priorizar aquele que chegou passando mal, que vai passar na frente dos outros...”. (E12)

“... nós enfermeiros estarmos direcionando o atendimento são ações que são humanizadoras...”. (E11)

“... temos uma população muito humilde e ignorante, não digo isto por mal, mas não sabe distinguir o que é importante, o que é urgente, e a triagem ajuda a entender o processo... Avaliação de risco pelos enfermeiros...”. (M15)

5.3 CATEGORIAS EMPÍRICAS: PERCEPÇÕES EXCLUSIVAS DA ESF

Quadro 6 – Categorias exclusivas da ESF

Percepções sobre humanização exclusivas da ESF
<p>Prevenção e promoção da saúde: <i>“... priorizar a prevenção e promoção da saúde, integrando a comunidade no serviço básico com uma equipe multiprofissional...”;</i></p> <p>Cuidado: <i>“... olhar com cuidado para o paciente e sua família...”;</i></p> <p>Vínculo: <i>“... atender os pacientes da melhor maneira possível, fazendo com que ele se sinta bem, criando vínculos...”;</i></p> <p>Respeito à privacidade: <i>“... ter um espaço acolhedor, onde você possa atender com privacidade...”.</i></p>

5.3.1 Prevenção e Promoção à Saúde

Os discursos abaixo traduzem o entendimento dos profissionais de ESF sobre a promoção da saúde como um fator de humanização do serviço:

“... priorizar a prevenção e promoção da saúde, integrando a comunidade no serviço básico com uma equipe multiprofissional...”. (E213)

“... fácil acesso às questões que visem melhorar também as condições ambientais, sanitárias, além da saúde daquela comunidade...”. (M217)

“... nas férias eles ficam na rua, muitas vezes, são atropelados. Não têm condições, não têm aonde ir. Então, como falar de humanização, de ideal de serviço?... Então, para termos um serviço humanizado, temos que humanizar também o externo, a rua, as casas, o acesso, o transporte e as pessoas... A gente deveria ter algumas atividades para estes homens também...”. (E219)

Quando mencionavam a promoção e prevenção à saúde, os profissionais citavam a melhoria da qualidade de vida:

“... melhorar a qualidade de vida das pessoas, por meio de um atendimento respeitoso de ambas as partes (profissionais e usuários) e integral ao usuário da saúde, melhorando a relação com ele e com os outros profissionais...”. (M211)

“... temos que zelar pela qualidade de vida dos pacientes para que eles possam entender que a saúde vai muito além da procura por uma consulta médica...”. (M219)

“... melhorar a qualidade de vida, com respeito pelas pessoas...”. (E212)

“... oferecer um bom atendimento ao paciente pode melhorar a sua qualidade de vida, a maioria são pessoas muito simples e com um histórico de sofrimento...”. (E216)

5.3.2 Cuidado com o usuário

Nas unidades com ESF, o cuidado com o usuário surgiu nos discursos dos entrevistados. O cuidado beneficia a atenção ao paciente e procura atenuar a dor dos usuários:

“... e daí você pensa no atendimento, será que está sendo bom? Será que está sendo humanizado? E daí a gente perde até a questão do cuidado, que é uma das premissas da nossa profissão...”. (E212)

“... prestar assistência, um cuidado a quem solicita de forma integral, com atenção, carinho, respeito, procurando absorver os principais problemas dessa pessoa...”. (M213)

“... somos a válvula de escape dos pacientes, somos todos cuidadores...”. (E215)

Notamos que nos discursos desses profissionais a preocupação com o cuidado ao paciente se estendia à família:

“... tem de ver a família, é humanizar e cuidar da família também...”. (M218)

“... olhar com cuidado para o paciente e sua família...”. (E214)

Lembrando Carol Gilligan, chama atenção que grande parte dos profissionais que se referiram ao cuidado era do sexo feminino. Os do sexo masculino, ainda que em menor número, valorizavam a técnica, privilegiando o atendimento rápido, talvez para que mais pessoas pudessem ser atendidas:

“... pra humanizar tem que atender as pessoas sem perder a qualidade diagnóstica...”. (M215)

“... tem que atender a pessoa de uma forma rápida e sem perder o foco no diagnóstico...”. (M217)

“... resolver o problema do paciente mais rápido...”. (E16)

“... o paciente também tem que se responsabilizar pela sua saúde...”. (E11)

A palavra acolhimento foi muito empregada nos discursos da ESF, utilizada até mesmo como sinônimo de humanização. Entendemos que, ao mencionar o acolhimento aos usuários, os profissionais também estavam se referindo ao cuidado:

“... querendo ou não a humanização é um acolhimento...”. (E210)

“... valorização do usuário”. (M216)

“... é atender bem, ouvi-lo e tentar minimizar o seu sofrimento...”. (M211)

“... valorizar as crenças e emoções...”. (E219)

“... ouvir o paciente e deixar o cliente satisfeito...”. (E216)

Os discursos abaixo enfatizam a importância do acolhimento como uma ação humanizadora:

“... em alguns momentos que a gente tem contato mais próximo dá pra passar mais informação, orientação, acolhimento...”. (E212)

“... o paciente tem de se sentir mais acolhido...”. (E215)

“... a maioria dos profissionais consegue passar para o paciente aquele acolhimento...”. (M216)

Muitas vezes a importância do ouvir, do acolher se equiparava à qualidade técnica do atendimento, conforme verificamos nos discursos abaixo:

“... é um acolhimento, um tratamento recíproco tanto pro usuário quanto pro funcionário...”. (E213)

“... o paciente muitas vezes nos procura para ser ouvido, muito mais do que pelo tratamento que podemos oferecer...”. (M212)

5.3.3 Vínculo

A importância do vínculo com o usuário, criando redes de relações, enriquece o serviço e favorece a construção da cidadania. Nos discursos da ESF abaixo, observamos a importância do estabelecimento de vínculo nas relações:

“... um serviço humanizado seria um serviço em que todas as pessoas estivessem voltadas para o bem comum, que é o de atender os pacientes da melhor maneira possível, fazendo com que ele se sinta bem, criando vínculos...”. (E217)

“... nós dependemos da confiança do paciente, precisamos criar vínculos com ele...”. (M220)

“... o vínculo do paciente com a equipe favorece o tratamento dele...”. (E214)

5.3.4 Privacidade

O direito à privacidade surgiu em diversos discursos das unidades com ESF. A preservação dos segredos profissionais é um direito do paciente. A relação de confiança que se estabelece entre usuários e profissionais pode ser creditada a essa garantia, conforme verificamos nos discursos abaixo:

“... sentir acolhido quando ele for relatar a sua queixa. É onde ele possa e tenha a oportunidade de se expressar sem impedimentos...”. (M213)

“... ter um espaço físico acolhedor, onde você possa atender com privacidade, que as informações sejam devidamente repassadas...”. (M218)

“... um ambiente que ele se sinta confortável em se expor, que tenha um lugar fechado que ele possa falar, onde seja possível respeitar as suas particularidades...”. (E216)

A partir dos resultados encontrados com as entrevistas, procuraremos, a seguir, discutir as categorias empíricas, tendo como base o Marco Referencial apresentado anteriormente.

6 DISCUSSÃO

Os discursos dos profissionais entrevistados que mencionavam a dificuldade na aceitação do termo “humanização” e a falta de sua definição têm consonância com a afirmação de Deslandes.

A autora afirma que, embora constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de humanização da assistência ainda carece de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de alguns profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático (Deslandes, 2004).

Ao se utilizar o termo “humanizar”, subentende-se que a prática em saúde poderia ser desumanizada, ou que não era feita por e para humanos. Tais provocações não raro ainda são feitas, revelando o estranhamento que o conceito propicia (Deslandes, 2004).

Entendemos que essas afirmações confirmam a necessidade de discussão mais abrangente sobre humanização, principalmente na formação dos profissionais de saúde.

Nos discursos, surgiram categorias comuns aos profissionais AMA e ESF e outras exclusivas da AMA ou ESF, conforme já citado anteriormente.

A seguir, discutiremos as categorias empíricas surgidas nos vários discursos, independentemente do serviço nos quais os entrevistados estavam inseridos, iniciando pela integralidade da atenção à saúde, subdividida em “os vários sentidos da integralidade”, “a integralidade e a justa distribuição dos recursos” e “o acesso ininterrupto aos serviços de saúde”.

6.1 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

Os vários sentidos da integralidade

No campo da saúde, a integralidade – conceito que continua em construção – tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo à contraposição ao reducionismo, à fragmentação e à objetivação dos sujeitos (Mattos, 2001).

Muitos autores pensam a integralidade não como eixo norteador da atenção à saúde, da gestão setorial e da formação dos profissionais, mas que permite a transformação do projeto educativo e o surgimento de novas práticas pedagógicas e estratégias de ensino e

aprendizagem, contrapondo-se à abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos e orientadas pela intersectorialidade (Ceccim, Feuerwerker, 2004; Alves, 2005; Pauli, 2007).

Por integralidade se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais. Essa integração dos serviços, para que se possa pensar na saúde de forma integral, depende do trabalho conjunto de estruturas que vão além da área da saúde (MS, 2008).

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e assistenciais. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva. No caso das unidades com ESF, a equipe deve estar capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (Alves, 2005).

O caráter polissêmico da noção de *integralidade* no campo da saúde contrasta com o caráter bastante unívoco de seu sentido lexical. O Aurélio não glosa a palavra *integralidade*, mas afirma que significa a qualidade de *integral* e, sobre *integral*, ele diz: total, inteiro, global (Teixeira, 2003).

Ressaltar esse detalhe parece importante porque é sempre em torno desse sentido simples e geral que se dá a variação dos sentidos da integralidade no campo da saúde. As diferenças entre as várias compreensões de integralidade dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos no campo pretendem integrar (Teixeira, 2003).

E como há muita coisa cindida, separada, fragmentada, partida, no campo da saúde, há muita coisa a ser integrada, e são muito diferentes as apostas a respeito de que partes devem ser primordialmente integradas (Teixeira, 2003).

Como um princípio do SUS, a integralidade na atenção à saúde é determinada a orientar políticas e ações programáticas que respondam às necessidades da população no acesso à saúde, analisando a complexidade e especificidades de diversas abordagens do processo saúde-doença e nas suas diferentes dimensões (Teixeira, 2003).

A integralidade e a justa distribuição de recursos

O princípio da integralidade tem sido alvo de inúmeras discussões. Em pesquisa realizada em 2009 com bioeticistas brasileiros, Fortes (2009) afirma que, em relação à

integralidade, a maioria dos entrevistados se posicionou contrária à manutenção do princípio do atendimento integral das necessidades, por considerá-lo de concretização complexa e impraticável.

Contraponde-se ao acima exposto, em 2008, o MS assegurou que um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade, até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde, prevendo a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços capaz de viabilizar uma atenção integral (MS, 2008).

A ideia de proporcionar a todos os usuários da saúde um atendimento integral parece encontrar resistência no próprio princípio da justiça distributiva de Beauchamp e Childress (2002), para quem a justiça se refere a uma distribuição justa, equitativa e apropriada no interior da sociedade. Se os recursos são finitos e as necessidades crescentes, por certo a manutenção de um sistema integral à saúde encontrará inúmeras dificuldades.

Gracia afirma que, no desenvolvimento teórico do Princípio Hierarquizado, o bem comum deve ter prioridade sobre o bem particular, sendo que os princípios que se enquadram no bem comum (justiça e não maleficência) são hierarquicamente superiores aos que representam o bem individual (autonomia e beneficência) (Gracia, 2001).

Dessa forma, ainda que nos discursos dos profissionais de saúde das unidades AMA e ESF a importância da integralidade à saúde seja mencionada em muitas ocasiões, não surge, nas mesmas reflexões, a preocupação com a limitação dos recursos destinados ao sistema de saúde e as prioridades que se deveriam eleger na alocação desses recursos.

Nesse sentido, Schutz questiona se a sustentação de um atendimento integral não implicaria aumento das injustiças sociais, pois, com a escassez de recursos, ao invés de se priorizar os mais desprotegidos, se estaria atendendo aos interesses de grupos mais organizados (Schutz, 2005).

Os diversos sistemas públicos de saúde que estão voltados para um atendimento universal e igualitário não apresentam condições para arcar com todas as necessidades de saúde das suas populações, mesmo com aumentos significativos de recursos e na melhoria das causas responsáveis pelas más condições de saúde (Piola et al., 2009).

As dificuldades retratadas tanto pelos teóricos quanto pelos profissionais são desafios presentes na atenção à saúde. Os profissionais de saúde se deparam diariamente com deficiências nas políticas públicas que interferem na qualidade do atendimento, comprometem a integralidade da saúde da população e dificultam o atendimento humanizado.

A questão da integralidade representa, talvez, o maior desafio nas práticas de saúde, não como questão institucional ou política, mas como desafio cultural, para romper com as formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção em saúde já tornados tradição (Schraiber, 1999).

O acesso ininterrupto aos serviços de saúde

Citado pelos profissionais da AMA, a limitação do horário traduz a dificuldade encontrada no atendimento das unidades ao acesso integral à saúde e prejudica diretamente a qualidade do serviço prestado aos usuários dos serviços de saúde.

As unidades AMA observadas nas entrevistas apresentavam horário de atendimento entre 07h00min e 19h00min. Apenas uma delas mantinha o acesso ininterrupto ao serviço, ou seja, 24 horas.

Os profissionais entendem que um serviço cuja demanda é espontânea e que está organizado para atender casos de urgência e emergência não deveria ter horário de encerramento, ou seja, deveria ser 24 horas. Na opinião dos entrevistados, esse fato impede que o serviço seja integral e humanizado, pois acarreta risco aos pacientes, gera situações de conflitos e diversos problemas para os próprios profissionais.

O encerramento do atendimento às 19h causa grandes problemas para usuários que procuram, necessitam e exigem atendimento no final do período. Os pacientes alegam que muitas vezes só podem procurar atendimento após o período de trabalho, mas isso coincide justamente com o horário do término das atividades da AMA.

No final do dia, várias pessoas aguardam por atendimento, e isso, segundo os profissionais entrevistados, motiva situações estressantes, tanto para usuários, quanto para profissionais. Esses últimos, muitas vezes, têm outros compromissos de trabalho e necessitam encerrar o plantão de 12 horas.

Ao propor a AMA, parece claro que as políticas públicas deveriam ter previsto recursos para que esses serviços pudessem atender aos usuários sem interrupção de horário. Não se pode desconsiderar que os recursos financeiros são sabidamente escassos e limitados, mas o limite no horário de atendimento não pode ser uma barreira para os usuários dos serviços. Talvez menor quantidade de unidades e mais próximas de regiões mais necessitadas fosse uma forma de garantir o acesso total aos serviços.

Em recente pesquisa realizada em um hospital no setor de urgência e emergência, o período do dia com maior número de atendimentos foi das 12 às 18 horas (36,4%) e das 18 às 24 horas (30,7%). Esses períodos apresentaram diferença em número de atendimentos se comparado aos demais períodos. Esse é um dado importante para a organização da escala diária de trabalho da unidade, para onde se pode direcionar maior número de profissionais, nos quais a demanda é mais elevada (Coelho et al., 2010).

Na variável referente ao dia da semana, foi encontrada demanda maior na segunda-feira (16%), o que condiz com outros estudos. É provável que a maior demanda por atendimento nesse dia seja consequência do acúmulo de atendimentos gerados durante os finais de semana, nos quais ocorre diminuição na oferta dos serviços de saúde. O estudo identificou que, no período das 12 às 24h, ocorreram 67,1% dos atendimentos, resultado semelhante encontrado em outros estudos.

Em contrapartida, 31,8% dos atendimentos geraram alta médica logo em seguida, o que leva ao questionamento acerca do motivo de procura da unidade, uma vez que não é esperado que um atendimento de urgência e emergência seja finalizado com a liberação do paciente, sem continuidade de tratamento. Tal resultado permite inferir que novas investigações devam ser feitas a fim de esclarecer esses fatos. Cabe destacar que, dos relatos de serviços de urgência / emergência, 65% não constituem emergência verdadeira (Coelho et al., 2010).

É importante salientar que os significados de urgência para os profissionais e para a população são distintos, como também são diferentes os conceitos de doença e saúde em suas definições biomédicas e nas representações e práticas, que variam segundo segmentos e culturas da sociedade. Para os profissionais, as urgências estão relacionadas às patologias que comprometem a vida ou função vital importante. Para a população, relacionam-se a necessidades variadas (aflição, angústia, abandono e miséria), que requerem ajuda, com solução imediata a uma dificuldade passageira (Garlet et al., 2009).

No entanto, como afirma Fortes (2008a), escolhas têm de ser feitas, e devem ser de responsabilidade dos gestores e dos cidadãos, manifestando-se por meio dos instrumentos democráticos existentes. Uma justa priorização de recursos deva ser explícita, aprimorando as formas de participação real da comunidade nas decisões a serem tomadas, sobretudo quando os recursos forem insuficientes.

Concordamos com o autor quando afirma que a decisão não pode ser somente dos profissionais de saúde, que têm com os pacientes uma relação estabelecida na confiança, na beneficência e na não maleficência, além do respeito às decisões autônomas (Fortes, 2008a).

Os profissionais mencionaram os direitos dos usuários e apontaram a importância da informação, do empoderamento e dos grupos de orientação. O respeito à autonomia do usuário surgiu apenas no discurso da AMA, e a privacidade das informações, somente na ESF.

6.2 OS DIREITOS DOS USUÁRIOS

Os direitos dos pacientes

A percepção dos entrevistados em relação aos direitos do paciente ficou evidente em diversos discursos e caminha em direção à Lei n. 10.241, de 1999, promulgada pelo Governador do Estado de São Paulo, Mário Covas, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado, cuja parte do texto é a seguinte (São Paulo, 1999):

Artigo 2º – São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

- I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;
- II - ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;
- III - não ser identificado ou tratado por: a) números, b) códigos; ou c) de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso;
- V - poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência através de crachás visíveis, legíveis e que contenham: a) nome completo; b) função; c) cargo; d) nome da instituição.

Os discursos dos profissionais caracterizam bem a relevância da Lei n. 10.241/99, e consideramos que, mesmo após mais de 10 anos de sua vigência, existe um longo caminho a percorrer para que atitudes simples e que não necessitam de políticas públicas ou grandes investimentos sejam incorporadas no cotidiano das unidades de saúde.

Enfatizando a importância dessa Lei, Fortes (2004) considera que as normas desse ato legal expressam o direito dos usuários a ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso; a ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome; a não ser identificado ou tratado por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso; a ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública; a poder identificar as pessoas responsáveis,

direta e indiretamente, por sua assistência; receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados e ações terapêuticas; a consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados; a acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico (Art. 2º, itens I a VIII).

A visita aberta e direito de acompanhante é o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente durante o tempo de internação (MS, 2008).

A Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e, no seu Artigo 2º, decreta que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (Brasil, 2003).

No Artigo 3º, o Estatuto do Idoso decreta, ainda, que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003).

Em oito de novembro de 2000, a Lei n. 10.048 decreta, no seu Artigo 1º, que as pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei. E no Artigo 2º, que as repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário, por meio de serviços individualizados, que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas a que se refere o art. 1º (Brasil, 2000).

É também interessante destacar que, no Estado de São Paulo, em 1995, a questão dos direitos do paciente foi contemplada no Código de Saúde do Estado de São Paulo, lei complementar 791/95. Como exemplo, encontramos em seu art. 3º, IV, disposições legais referentes aos indivíduos poderem decidir livremente, sobre a aceitação ou a recusa da prestação da assistência à saúde, ao direito a ser tratado com prontidão, privacidade e respeito, assim como o de ser informado sobre seu estado de saúde e as alternativas possíveis de tratamento (Fortes, 2004).

Essas iniciativas tiveram repercussões em outros estados brasileiros, sendo que, no município de Belo Horizonte-MG, foi promulgada a Lei n. 8.926, de 02 de agosto de 2004, que “dispõe sobre os direitos do usuário dos serviços e das ações de saúde no município”, a qual é voltada fundamentalmente para a humanização dos serviços de saúde (Minas Gerais, 2004).

Outro avanço importante deveu-se à elaboração da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, na qual encontramos os seguintes princípios: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (MS, 2007).

Chamou a atenção que, durante os discursos sobre os direitos dos pacientes, o respeito à privacidade foi mencionado apenas pelos profissionais da ESF e, por isso, resolvemos considerá-lo como uma categoria das percepções desses profissionais.

Parece interessante apontar que, da mesma forma, não foi referido o direito em relação à aceitação ou recusa ao tratamento ou aos procedimentos propostos pelos profissionais, ainda que houvesse a percepção pela necessidade da informação e do empoderamento do usuário. Assim, percebemos que os entrevistados impunham limites à autonomia do paciente e, muitas vezes, demonstravam atitude paternalista.

Não notamos, portanto, nas falas dos entrevistados, que o indivíduo é livre para procurar seu completo bem-estar, e, em caso de doença ou ações de prevenção, ele poderia compartilhar com os profissionais das decisões sobre o seu tratamento.

Nesse ponto, parece que ainda temos que avançar na busca por um Estado cultural e socialmente desenvolvido.

O direito à informação e o respeito à autonomia, possivelmente, embasarão vínculos mais fortalecidos, podendo transformar as relações entre profissionais de saúde e usuários, tornando o trabalho mais compensador e humanizado.

Direito e justiça

Quando se pensa em direitos dos usuários, a palavra justiça surge de imediato, confundindo, por vezes, seu significado. A justiça tem um sentido mais amplo, sendo um princípio moral normalmente interpretado por meio da justiça distributiva. Já o direito se realiza no entendimento social.

Nos discursos dos profissionais sobre os direitos dos pacientes não notamos a preocupação com a justa distribuição dos recursos da saúde, conhecidamente limitados.

Com relação ao princípio da justiça, Beauchamp e Childress entendem que estará presente sempre que uma pessoa receba benefícios ou encargos devidos às suas propriedades ou circunstâncias particulares (Beauchamp, Childress, 2002).

Frankena indagava:

Quais são os critérios ou princípios de justiça? Estamos falando de justiça distributiva, justiça na distribuição do bem e do mal (...) A justiça distributiva é uma questão de tratamento comparativo de indivíduos. Teríamos o padrão de injustiça, se ele existe, num caso em que havendo dois indivíduos semelhantes, em condições semelhantes, o tratamento dado a um fosse pior ou melhor do que o dado ao outro (...) O problema por solucionar é saber quais as regras de distribuição ou de tratamento comparativo em que devemos apoiar nosso agir. Numerosos critérios foram propostos, tais como: a) a justiça considera, nas pessoas, as virtudes ou méritos; b) a justiça trata os seres humanos como iguais, no sentido de distribuir igualmente entre eles, o bem e o mal, exceto, talvez, nos casos de punição; c) trata as pessoas de acordo com suas necessidades, suas capacidades ou tomando em consideração tanto umas quanto outras (Frankena, 1981, p. 61-2).

O SUS tem decisões tanto fundadas pelo princípio da utilidade social como pelo princípio da equidade. Exemplo dessa última linha de ação é o caso da ESF, onde a instalação dos serviços e unidades ocorre, prioritariamente, nas áreas onde vivem pessoas em situação socio sanitária menos favoráveis. Pode-se entender que isso significa uma decisão que tenta diminuir as desigualdades sociais e sanitárias, na linha da orientação da justiça como equidade (Fortes, 2008b).

A Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, Seção II, Artigo 186, afirma que “A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

O direito à informação

Entendemos que a informação subsidiará a tomada de decisões e, portanto, é um instrumental importante para que o usuário possa exercer sua autonomia.

Para se adequar ao direito do paciente a ser informado, não há necessidade de que os profissionais de saúde apresentem as informações em linguajar técnico-científico. Basta que sejam simples, aproximativas, leais e respeitosas, fornecidas dentro de modelos acessíveis à compreensão intelectual e cultural do paciente, pois, do contrário, podem caracterizar desinformação (Fortes, 1998).

A base da fundamentação das decisões autônomas do paciente é a informação, necessária para que ele possa consentir ou recusar medidas ou procedimentos de saúde a ele propostos. Assim, todo e qualquer procedimento, seja considerado simples ou complexo por parte dos profissionais da saúde, necessita ser realizado com o consentimento do paciente, a partir de informação e esclarecimento (Chaves et al., 2005).

De fato, a comunicação se torna efetiva quando garante um ambiente que promove as discussões dos problemas e estimula a participação dos usuários. Para isso, torna-se fundamental que ela se reproduza por meio de uma linguagem compreensível e simples, devendo o profissional de saúde atuar como agente facilitador.

Para ser prestada uma assistência, considerando a humanidade de quem é cuidado, é imprescindível uma postura mais autônoma por parte dos pacientes, como forma de assegurar seus direitos. No entanto, para que as pessoas possam cuidar bem de si, administrar o seu corpo, torna-se necessário serem informadas. Só assim poderão lutar pelo que desejam e acreditam (Chaves et al., 2005).

A noção de consentimento esclarecido é aceita enquanto ato de decisão voluntária quando realizada por pessoa competente, embasada em adequada informação e que seja capaz de deliberar tendo compreendido a informação revelada, aceitando ou recusando propostas de ação que lhe poderão afetar (Fortes, 2004).

A informação verdadeira é imprescindível para que o paciente possa se manifestar de forma esclarecida acerca das ações que modificarão sua integridade física e psíquica e deve ser adaptada às circunstâncias do caso e às condições culturais, sociais e psicológicas, utilizando-se um exemplo de informação exclusivo a cada indivíduo (Fortes, 1994).

A sensibilidade e o respeito na relação profissional-usuário poderá proporcionar uma maior responsabilidade do paciente para com o seu tratamento e, conseqüentemente, para com sua saúde, possibilitando vínculos de confiança.

Parece importante analisarmos as falas dos profissionais em relação à autonomia dos pacientes. Muitos se colocaram a favor do maior compromisso do usuário com a sua própria saúde, falando em “mudanças de atitude”, em uma evidente preocupação com a informação e com a linguagem acessível ao paciente e no respeito em entender seu meio de vida e seus valores.

Entretanto, não se observou, nos discursos, a preocupação em orientar os usuários sobre as opções do tratamento aos quais poderiam ser submetidos e a possibilidade da aceitação ou recusa em seguir ou não o tratamento sugerido. Fica claro que o respeito à autonomia do paciente está distante do seu poder de decisão.

O empoderamento do usuário e a importância dos grupos de orientação

A definição de empoderamento é bastante ampla, tendo o significado de uma mobilização de indivíduos e grupos e a tomada de consciência do que está em jogo para alcançar seus objetivos (OMS, 1998).

Empoderamento ou *empowerment* é a expansão de vantagens e habilidades de pessoas pobres para participar, negociar com, influenciar, controlar e sustentar incontáveis instituições que afetam suas vidas (World Bank apud Stotz, Araujo, 2004).

O empoderamento da comunidade é essencial para que seja protagonista de sua própria história, e a informação é um direito do cidadão, um meio que o indivíduo dispõe para tomar conhecimento e ter poder de determinação acerca da situação que está vivenciando. Sem a informação, o cidadão não é capaz de reivindicar ou lutar pelos seus direitos e não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando o exercício de sua autonomia (Gohn, 2004; Chaves et al., 2005).

A experiência dos grupos de discussão não se reduz a um conjunto de indivíduos, nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza (MS, 2008).

A descrição acima do MS nos remete ao empoderamento do usuário quanto à realização de grupos de discussão. Esse tipo de ação parece ser essencial, por considerarmos que os pacientes são multiplicadores das informações recebidas.

A abordagem da dinâmica dos grupos possibilita uma organização permeada pela compaixão, solidariedade e humanização, possibilitando aos participantes trocar e construir conhecimentos, ordenar conceitos, redefinir ou abolir normas, demarcar espaços e construir possibilidades de ser e de fazer o processo educativo (Silveira et al., 2002).

O Respeito à autonomia e Paternalismo

Para os profissionais da AMA, a autonomia dos usuários favorece a melhoria na aderência aos tratamentos e mudanças de comportamento. Nos discursos, a autonomia estava relacionada à melhor aderência dos pacientes aos tratamentos propostos, implicando a redução do número de vezes que poderiam procurar o serviço.

Como os profissionais entrevistados mencionaram a grande demanda de consultas, os discursos demonstravam que o respeito à autonomia do paciente poderia gerar, nesses casos, redução das filas, na perspectiva de que os pacientes pudessem aderir melhor aos tratamentos propostos.

Sem questionar a importância da adesão aos tratamentos, ficou claro que o respeito dos profissionais à autonomia do paciente não discutia a possibilidade da recusa aos tratamentos propostos, ou seja, existe ainda grande dificuldade dos profissionais frente ao exercício da autonomia do usuário da saúde.

As condutas paternalistas não ocorrem no interesse da pessoa assistida, mas são fruto do autoritarismo de nossa sociedade, expresso nas relações do sistema de saúde. Em situações em que a autonomia está reduzida, devem prevalecer os princípios da beneficência e da não maleficência, pois a pessoa não tem condições de manifestar livre e esclarecidamente sua vontade autônoma (Muñoz, Fortes, 1998).

No entanto, os autores se mostram contrários a que os médicos decidam, diante de uma pessoa autônoma, o que é bom para ela, o que deverá ser seu bem-estar, sua qualidade de vida, fundamentados em seus próprios valores (Muñoz, Fortes, 1998).

A interpretação mais adequada do respeito à autonomia envolve o reconhecimento da obrigação fundamental de garantir aos pacientes o direito de escolherem, aceitarem ou recusarem a informação. O essencial está no respeito às escolhas autônomas das pessoas, e o

respeito à autonomia não constitui mero ideal na atenção à saúde, mas uma obrigação profissional, assim como a escolha autônoma configura um direito e não um dever dos pacientes (Beauchamp, Childress, 2002).

Segundo o MS, no seu sentido etimológico, autonomia significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas próprias leis”. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde (MS, 2008).

As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que acordam entre si responsabilidades comuns nos processos de gerir e de cuidar (MS, 2008).

Na medida em que os usuários forem ampliando o conhecimento sobre seus direitos e tendo mais condições para o exercício da cidadania, deixarão a condição de dependência e assumirão de modo mais efetivo seu papel de sujeitos autônomos, exigindo respeito e dignidade em relação a si e aos outros (Spiri et al., 2006).

A complexidade do setor saúde exige ação integrada das estruturas setorializadas. Para enfrentar de forma eficiente os problemas de saúde em que vive a população, somente ações coletivas, intersetoriais, transdisciplinares e que proporcionem o desenvolvimento de autonomia dos sujeitos podem oferecer resultados satisfatórios (Junqueira et al., 1997; Junqueira, Inojosa, 1997).

É importante notarmos que a privacidade do paciente não surgiu como percepção da humanização para os profissionais da AMA, o que iremos verificar somente nos discursos da ESF. Parece que a grande demanda de consultas e os problemas pontuais de saúde não favorecem a preocupação desses profissionais com o respeito à privacidade do usuário da saúde.

O direito à privacidade dos usuários

Por privacidade entende-se que as informações reveladas na relação profissional devem ser mantidas em segredo e somente divulgadas quando autorizadas por quem as revelou. Necessariamente, não está vinculada ao contato entre informante e ouvinte, sendo que a informação pode ser obtida por uma ou mais pessoas no âmbito do trabalho, em função

do atendimento ao paciente, mas devendo, ainda assim, ser preservada, respeitando-se o direito do usuário (Fortes, 1998; Francisconi, Goldim, 1998).

Entre os direitos dos usuários que podem ser garantidos em um projeto de humanização dos serviços de saúde está o direito à privacidade das informações. Esse é um princípio derivado da autonomia e engloba a intimidade, a vida privada, a honra das pessoas, significando que são os próprios indivíduos que têm direito de decidir que suas informações pessoais sejam mantidas sob seu exclusivo controle, como têm direito de comunicar a quem, quando, onde e em que condições as informações pessoais devem ser reveladas (Sacardo, 2001).

Os serviços de saúde podem não estar devidamente organizados para preservar o direito dos usuários à privacidade e à confidencialidade das informações, e, desse modo, há risco de que possam ser identificados pelas suas condições de saúde ou enfermidades, contribuindo, sobretudo, para a diminuição da qualidade do tratamento (Seoane, Fortes, 2009).

Ainda segundo os autores, não se pode permitir que a necessidade do cuidado ao usuário propicie o desrespeito aos seus direitos básicos de cidadão, sendo necessária a preservação da sua dignidade e a privacidade e confidencialidade das suas informações. Todas as formas de assistência à saúde devem propor ampla reflexão e discussão das situações que coloquem em risco os direitos dos usuários, proporcionando tratamento humanizado, justo, digno, em que seus valores sejam respeitados (Seoane, Fortes, 2009).

Entendemos que a própria dinâmica das unidades com ESF, cujo atendimento é feito em área determinada, com famílias cadastradas, favorece a preocupação dos profissionais com a privacidade do paciente. Esses usuários residem nas proximidades dessas unidades e estabelecem vínculos muito estreitos com os profissionais, de modo que a privacidade e a confidencialidade das informações tornam-se fundamentais para a garantia da qualidade do serviço.

As equipes presentes nas unidades ESF possuem momentos previstos de reflexão e discussão e podem somar os diferentes saberes para buscar melhorias na qualidade da atenção à saúde e de vida da comunidade assistida, garantindo os direitos dos usuários.

Ainda que o respeito à privacidade dos usuários não tenha sido alvo dos discursos dos profissionais da AMA, é importante lembrar que a deontologia reflete um conjunto de deveres próprios ao exercício profissional. As profissões da área da saúde possuem códigos de conduta que as orienta no percurso das suas práticas cotidianas, de modo a garantir o respeito ao usuário e a tranquilidade do profissional.

Notamos, também, que os profissionais da ESF não mencionaram a autonomia do usuário como direito. O respeito à informação apareceu nos discursos, mas não contemplava a possibilidade de discutir ou respeitar a decisão do usuário pelos tratamentos propostos.

Prosseguindo na discussão, pudemos observar que as dificuldades nas relações existentes nos serviços de saúde causavam diversos conflitos que refletiam na percepção sobre a humanização. Os profissionais mencionaram a dificuldade no cumprimento das metas, o grande número de consultas, os problemas existentes tanto nas relações entre eles mesmos como na relação entre eles e usuários. Citaram, também, a importância do trabalho em equipe, o cuidado, vínculo e acolhimento que se estabelece nas relações e a alteridade.

6.3 AS RELAÇÕES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Dificuldade com o cumprimento das metas estabelecidas

Os dados de produção do SUS são armazenados em bancos que permitem reunir várias informações. O Sistema de Informação em Saúde (SIS) acumula uma série de dados cujo propósito é transformá-los na informação necessária para o processo de decisões e avaliação dos serviços de saúde (Thaines et al., 2009).

O gerente dos serviços de saúde defronta-se com uma prática de grande complexidade, resultante dos novos desafios: garantir a universalidade e a equidade; possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios; lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos. Por outro lado, também deve encontrar a melhor forma de obter alta resolubilidade e boa qualidade técnico-científica das ações que serão produzidas (Schraiber et al., 1999).

A formalização exigida pelo Sistema de Informação em Saúde (SIS) tem gerado uma pressão que influencia na prática dos profissionais de saúde, sendo essa pressão fruto de uma cobrança quanto à produção exigida, de metas a serem atingidas e da quantidade de dados a serem gerados pelas unidades de saúde (Thaines et al., 2009).

O número elevado de pacientes, a repetição de queixas, a rotina de atendimentos levam alguns profissionais a burocratizarem ações e procedimentos, perdendo a noção das necessidades da pessoa, das potencialidades do sistema e da possibilidade de formação de redes de atendimento (Marques, Lima, 2007).

Existe a necessidade de melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde que se tornam fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras, principalmente na relação menos verticalizada entre gestor e profissional de saúde, fazendo com que todos se apropriem do espaço da saúde, como forma de cogestão, sentindo-se, assim, valorizados e respeitados dentro de seu escopo de atuação (Seoane, Fortes, 2009).

Entendemos correta a preocupação gerencial com um sistema de informação que possa instrumentalizar ações para trazer avanços na saúde da população. Entretanto, deveria haver mais espaços de discussão nas unidades, de forma que todos pudessem apreender a importância desses dados.

A exigência dos gestores por maior quantidade de consultas, sem aprofundamento na discussão dos problemas que afetam as comunidades, poderá tornar-se simplesmente uma pressão por mais consultas sem a qualidade esperada, desestimulando os profissionais. Os debates sobre quantidade e qualidade de atendimentos devem encontrar consenso em fóruns centrais e locais, envolvendo gestores e profissionais.

Nos discursos dos profissionais, pudemos perceber que a quantidade de consultas realizadas pelos profissionais para o cumprimento das metas estabelecidas pela SMSSP gerava grande desconforto, podendo colocar em risco a qualidade e a humanização do serviço.

Número de consultas

Segundo Parecer n. 30/90 do CFM – Conselho Federal de Medicina (aprovado em 14/09/90) –, o tempo de que necessita o médico em favor do seu paciente não pode ser preestabelecido, por nenhum órgão ou entidade. O mesmo acontece com a determinação do número de atendimentos médicos para qualquer carga horária e em qualquer especialidade. O tempo de duração de cada consulta não pode ser determinado por instruções, mas pelas circunstâncias que cada caso clínico requer, recomendando que se busque a humanização do atendimento (CFM, 1990).

O Código de Ética do CFM, de 2010, em seu capítulo I – Princípios Fundamentais –, artigo 8º, afirma que “o médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção do seu trabalho”. No capítulo II, sobre o direito dos médicos, afirma, no artigo 4º, que o médico pode “recusar-se a exercer sua

profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais”.

No mesmo capítulo II, artigo 8º, afirma que é direito do médico “decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo” (CFM, 2010).

É o que referenda a OPAS/OMS (2003) ao atestar que: “Não existe, ainda, orientação sobre a duração ideal das consultas médicas ou um número desejável de pacientes atendidos por hora”.

O número elevado de pacientes, a repetição de queixas, a rotina de atendimentos levam alguns profissionais a burocratizarem ações e procedimentos, perdendo a noção das necessidades da pessoa, das potencialidades do sistema e da possibilidade de formação de redes de atendimento (Marques, Lima, 2007).

Os trabalhos publicados sobre o tempo que demanda uma consulta de qualidade é extensa. O Parecer do Conselho Regional de Medicina do Ceará n. 24/2002, de 23 de setembro de 2002, assinala sobre o tempo mínimo para consulta médica: “O tempo necessário para uma consulta médica é o ideal para o médico realizar anamnese, exame físico, diagnóstico e tratamento. Nenhum órgão ou entidade tem competência para definir este tempo” (CREMEC, 2002).

O Parecer de n. 10/1999, do Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul (CRMMS), analisa o número de pacientes ambulatoriais para o atendimento médico, e afirma que “o número de pacientes ambulatoriais atendidos numa jornada de trabalho deve ter como parâmetro a qualidade do atendimento e as necessidades do paciente, garantido o máximo de resolubilidade”. Continua afirmando que: “neste binômio eficácia e correção está o âmago da questão; é o médico que vai nortear em favor do paciente o número de consultas a ser realizado em um sistema ambulatorial” (CRMMS, 1999).

A determinação do número de consultas por hora é uma norma que vai contra a boa prática médica, porque o tempo que necessita o médico em favor do paciente não pode ser cronometrado. Entretanto, quanto menor for o tempo de consulta, maior a possibilidade de erro médico, diminuindo a qualidade do atendimento e agravando-se o relacionamento médico / paciente (CRMMS, 1999).

O número de consultas em um ambulatório não pode ter como parâmetro a capacidade de trabalho (física e mental) do médico. Aqui se estaria visando apenas ao profissional em

detrimento da qualidade e segurança do serviço médico. Toda instituição médica pública ou privada, ambulatorial ou hospitalar, deve guiar-se pelas normas emanadas do Código de Ética Médica (CRMMS, 1999).

A intermediação do trabalho médico no setor privado tem dificultado a relação médico-paciente, impondo restrições e limitações. Por outro lado, o setor público deixa o médico tutelado às ordens de serviços, portarias, regimentos, interferindo na liberdade profissional para o correto julgamento, resultando na automação do atendimento e na despersonalização do paciente (CREMESP, 2001).

De acordo com o CREMESP (2001), algumas instituições estipulam o número de pacientes de ambulatório que serão atendidos em uma determinada carga horária. Tal limitação, aleatoriamente imposta, atenta contra a boa prática médica, pois ignora fatores determinantes do tempo mínimo ideal para assistência do paciente, tais como peculiaridades e destinação de cada serviço, condições e necessidades do assistido. Também o tempo de que necessita o médico em favor do paciente jamais pode ser cronometrado (CREMESP, 2001).

Assim como não é adequado que os profissionais atendam aos pacientes de forma ilimitada, colocando em risco a qualidade da consulta e a própria saúde das pessoas, também é direito dos usuários ter o atendimento garantido.

Essa problemática parece encontrar dificuldades na relação unidades de serviço / número da população ou número de profissionais / número da população a ser atendida.

Outra questão importante a ser discutida é o aprofundamento da discussão sobre a possibilidade dos serviços de saúde não ficarem dependentes do atendimento na figura do profissional médico. Faz-se necessário que a equipe multiprofissional assuma papel mais relevante no atendimento à população.

Dificuldades na relação com o usuário

Muitos foram os discursos enfatizando as dificuldades nas relações entre profissionais e usuários. Buscar relações menos conflituosas será possível se houver envolvimento entre os diversos profissionais de saúde, usuários e os próprios gestores dos diferentes níveis. São ações que necessitam de amplas transformações de políticas, mas também de disponibilidade mútua, responsabilidade e comprometimento.

Essa relação está quase sempre alicerçada na crença de que somente o profissional de saúde – e não o próprio usuário – tem o conhecimento a respeito do seu estado de saúde ou

doença. A comunicação entre esses tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo, e consequente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente. Outro aspecto que prejudica a comunicação entre eles é o uso que o profissional faz da linguagem técnica, difícil de ser compreendida pelo usuário leigo, sobretudo de baixa instrução (Traverso-Yépez, Morais, 2004).

Por outro lado, o problema, em muitos locais, é justamente a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais, e o atendimento se torna desumanizante pela má qualidade, provocando sua baixa resolubilidade. Essa falta de condições – técnicas e materiais – também pode induzir à desumanização, na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária (Oliveira et al., 2006).

As dificuldades encontradas nessas relações por certo comprometem a qualidade do atendimento. Para conquistarmos ações e serviços humanizados e maior satisfação, há necessidade de maior entendimento das limitações que são impostas aos serviços e das situações que envolvem todos os atores comprometidos com a área da saúde.

Dificuldades na relação entre os profissionais de saúde

Nos resultados apresentados, os profissionais mencionaram as dificuldades encontradas nas relações entre os próprios profissionais.

Os serviços de saúde são espaços sociais por natureza conflituosos. Os diversos grupos de profissionais presentes possuem expectativas e objetivos distintos, e as estratégias para alcançá-los podem produzir situações de conflito e contraditórias. Ainda que possa parecer difícil, a eliminação dos conflitos não significa que se deva abrir mão de administrá-los, principalmente quando seus efeitos podem refletir na queda da eficiência e da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários (Farias, Vaitsman, 2002).

A variedade de categorias profissionais encontrada nos serviços de saúde torna ainda mais difícil administrar os conflitos. Aos diferentes grupos são conferidas posições de *status* de acordo com a proximidade que mantêm em relação ao poder central. A dicotomia entre o grupo central no qual se funda a identidade da organização e o conjunto de grupos periféricos, que dão suporte e viabilizam a realização das suas atividades, constitui a característica

fundamental por meio da qual se pode compreender a estrutura que organiza os padrões de conflito (Farias, Vaitsman, 2002).

A percepção de que a noção de equipe está associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos e de que de seu conjunto de coletivo extraem o sucesso para realização almejada pode transformar-se em solução mágica e apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais (Peduzzi, 1998).

As dificuldades encontradas nas unidades pesquisadas impeliam os profissionais a perceberem a relação de dificuldade do usuário com as deficiências do sistema de saúde, muitas vezes colocando-se no lugar do paciente.

Alteridade

Como percepção de humanização nos discursos proferidos por profissionais das unidades AMA, o conceito de alteridade foi mencionado quando o profissional colocava-se no lugar do usuário. Parece certo que, apesar do desenvolvimento tecnológico, o cuidado com o próximo é cada vez mais importante e, como se trata de um processo, deve fortalecer a relação profissional-paciente.

Ter compromisso, envolver-se e almejar a equidade social são atitudes que remetem à noção de alteridade (Zoboli, 2007).

Priorizar o cuidado do outro como cuidar de si mesmo implica sentir-se cuidado enquanto cuida, entendendo e compreendendo o outro com empatia; priorizar o outro é um ato de dedicação afetiva. Cuidar com empatia é entender a situação do outro, ver-se no lugar dele e sentir-se em proximidade e igualdade; envolve também atenção às necessidades físicas e psíquicas do ser cuidado (Costa, 1998).

A alteridade seria a posição do profissional contemplando o paciente, em uma relação a mais simétrica possível, em que ambos se contemplam como seres humanos únicos (Sadala, 1999).

Pensar a alteridade como critério fundamental da ética aplicada às situações da saúde responde às exigências de se atribuir aos pacientes a competência moral e a sua posição de sujeito do próprio cuidado, consciente de si mesmo e usuário crítico dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, coloca os profissionais da área em posição de rever suas relações profissionais com clientes e demais categorias. Mas, sobretudo, a inclusão da alteridade como

critério ético confirma os valores humanos como referência para os comportamentos profissionais (Sadala, 1999).

A possibilidade de se colocar no lugar do outro, de abrir espaço para que o outro saiba algo que não se sabe de antemão depende de se aceitar que todo saber é limitado: algo que não se sabe e que, portanto, poderá vir de outro. Apenas quando se corre o risco de não pretender tudo saber é que se pode compreender o outro, aceitando que ele tem algo a dizer, com toda a dimensão de falta que coloca a palavra, mas também de um saber que, por não ser total, pode se expandir infinitamente (Oliveira et al., 2006).

A palavra alteridade vem de *alter*: “outro”, em latim. A alteridade refere-se à experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como outro sujeito também presente no mundo das relações intersubjetivas (MS, 2008).

A relação de cuidado será estabelecida se certas condições, como a disponibilidade, a receptividade, a intencionalidade, a confiança, o conhecimento, entre outras, se fizerem presentes. Dessa forma, estar com o ser que será cuidado (para além do corpo físico) permite o envolvimento desse na relação, facilitando a expressão da consciência, do afeto e da subjetividade – condição essencial para a expressão da alteridade dos sujeitos envolvidos. Ao removermos a alteridade das relações de cuidado, o diálogo não se estabelece e, portanto, não se efetiva (Hames et al., 2008).

Entendemos que os profissionais de saúde baseiam-se na alteridade como um ideal para realização do seu trabalho. Mas, no cotidiano dos serviços, as dificuldades nas relações entre usuários e profissionais de saúde podem gerar conflitos, contribuindo para o desânimo, frustração e desinteresse no trabalho.

Nesse sentido, é importante que a unidade de saúde crie uma cultura de envolvimento e de atenção para com os funcionários, para que todos sintam que, apesar das dificuldades, é importante não perder a sintonia com o outro, o que consideramos o grande desafio da humanização.

Essa forma de enfrentamento conjunto dos profissionais das situações cotidianas dos serviços fazia com que percebessem a importância do trabalho em equipe.

Trabalho em equipe

A equipe multiprofissional se constitui em um grupo de profissionais de diferentes áreas e saberes que são organizados em função dos objetivos de cada unidade de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (MS, 2008).

Segundo o MS, espera-se que os integrantes das equipes sejam capazes de conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações (MS, 2001a).

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (Peduzzi, 2001).

No caso da ESF, o estreito relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento frequente e a busca da satisfação das necessidades de saúde (Oliveira, Spiri, 2006).

A missão de humanização, em um sentido amplo, além da melhora do tratamento intersubjetivo, trata de incentivar, por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar do grupo e a organização ativa dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação (Oliveira et al., 2006).

A implantação do SUS tem constituído um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. A descentralização dos processos decisórios em saúde tem possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como das possibilidades e limites das intervenções. A busca por um novo modelo assistencial ganha sentido prático no esforço de dar respostas a necessidades concretas (Silva, Trad, 2005).

De acordo com as autoras, a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho e requer complexidade de saberes. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se molda com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento (Silva, Trad, 2005).

A humanização deve ser diariamente exercida e atuada para que seja assimilada no cotidiano do trabalho. Questões técnicas comuns das equipes multiprofissionais devem ser ampliadas por meio de ações humanizadoras, principalmente as que envolvem as relações.

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação multiprofissional pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (Araújo, Rocha, 2007).

Nos discursos dos entrevistados, o serviço social foi mencionado como humanizador, considerado importante na mediação de conflitos comuns na área da saúde. O fato dos profissionais médicos e enfermeiros entenderem que assistentes sociais são importantes na humanização dos serviços confirma essa possibilidade de um profissional se reconstruir no aprendizado do outro.

O desafio do trabalho em equipe é pensar o cuidado à saúde como somatória de diversos saberes, respeito pelas habilidades individuais e definição clara de objetivos e metas, contribuindo, dessa forma, para a melhoria e humanização do serviço.

Nas entrevistas com profissionais da ESF, ficou clara a relevância da relação de cuidado dos profissionais com os usuários e suas famílias, como forma de proporcionar melhores condições de vida da população.

O serviço oferecido pela AMA e a ESF são distintos, pois, enquanto a ESF recebe pacientes conhecidos, de áreas demarcadas, com consultas previamente agendadas, a AMA tem demanda espontânea sem área de referência.

Evidentemente, essa divergência no campo de atuação dos profissionais favorece a relação do cuidado e vínculo dos profissionais da ESF com os usuários.

Cuidado

Ayres (2004) examina o “cuidado” não somente como um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento, mas como uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio da dor ou ao alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

O ser cuidador, para exercer o cuidado, precisa perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, na sua dor e limitação, pois, por trás de cada situação física de doença, há uma história de vida que pode ser percebida em muitos detalhes (Silva, Gimenes, 2000).

Pode haver mecanismos de defesa criados inconscientemente para impedir a aproximação dos profissionais e usuários. O profissional evita contato muito próximo com o paciente como meio de defesa da própria dor e sofrimento diante de situações críticas, pois o não envolvimento afetivo nessa relação evita o sofrimento com a dor ou a perda do outro (Pitta, 1999).

O cuidado constitui a plataforma real que possibilita emergirem as demais dimensões do humano. Sem o cuidado, os indivíduos não guardariam sua característica humana. Tudo aquilo que fizermos com cuidado significa uma força contra o desgaste, pois prolongamos a vida e melhoramos as relações com a realidade. O cuidado significa uma relação amorosa com a realidade. Importa um investimento de zelo, desvelo, solicitude, atenção e proteção para com aquilo que tem valor e é interessante para nós. Tudo o que amamos também cuidamos e vice-versa (Boff, 2009).

A ética do cuidado valoriza as relações interpessoais, considerado-as como as ações mais preciosas do cotidiano das pessoas e, principalmente, da atenção em saúde. Caracteriza-se pelos temas que lhe são caros. É questão de atitude frente às pessoas e ao mundo, modo-de-ser essencial e irreduzível. Gilligan apoia seu trabalho no desenvolvimento de redes conectadas pela comunicação para a resolução de problemas éticos (Zoboli, 2003).

A preocupação com a responsabilidade do cuidado para com o outro caminha na direção de desenvolvimento moral, em busca da compreensão, da responsabilidade e dos relacionamentos (Gilligan, 1982).

Os aspectos históricos revelam que não há uma ideia única de cuidado, mas um conjunto de noções que se unem por alguns sentimentos básicos, por algumas narrativas formativas, cuja influência perdura através dos tempos e por diversos temas recorrentes. O cuidado apresenta-se na capacidade das pessoas importarem-se com os outros, com as coisas, com a comunidade, com uma trajetória de vida ou consigo próprias (Zoboli, 2004).

Vínculo

Em 1994, o MS propôs o PSF como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica, apostando no estabelecimento de vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população (MS, 2001b).

Em 2008, o MS afirmou que, no caso da instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes: o usuário busca assistência em estado físico e emocional fragilizado e o profissional supostamente capacitado atende e cuida da causa de sua fragilidade. Desse modo, cria-se um vínculo, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, em uma convivência de ajuda e respeito mútuos (MS, 2008).

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 (Campos, 1997).

Fica claro que a construção de vínculos nas relações entre profissionais e usuário é um desafio para a integralidade do cuidado, sugerindo a criação de dispositivos na superação de um modelo que tem centralidade no ato dos profissionais e com pouca visibilidade das ações de promoção da saúde para construir a possibilidade do cuidado centrado no usuário (Silva, Sena, 2008).

As autoras afirmam que, para se construir uma prática pautada pela integralidade, os profissionais de saúde devem estar capacitados para responder ao sofrimento dos indivíduos, atendendo a demanda espontânea e, de modo articulado, oferecer ações preventivas. Tal perspectiva deve ser defendida em toda a cadeia de cuidados (Silva, Sena, 2008).

A construção de uma relação de vínculo com o usuário pode ser a oportunidade de reflexões conjuntas sobre os princípios de não maleficência e justiça e dos princípios de beneficência e autonomia.

A relação dos profissionais de saúde é estabelecida na confiança, na beneficência e na não maleficência, além do respeito às decisões autônomas dos usuários (Fortes, 2008b).

Essas reflexões são de fundamental importância para a saúde pública, que deve visar estabelecer políticas públicas que efetivem a proximidade na relação entre usuários e profissionais, proporcionada pela organização do trabalho nas unidades com ESF.

Há grande dificuldade de aceitação, por muitos profissionais de saúde, do fato de fincar-se o êxito terapêutico no relacionamento afetivo com o cliente. O vínculo afetivo, embutido de confiança recíproca, na dupla que empreende uma ação de saúde (profissional-cliente), a par dos aspectos cognitivos, técnicos e científicos, é decisivo para que se possa esperar a melhora do estado do cliente (Segre, Ferraz, 1997).

Muitas vezes ao mencionar o vínculo com os usuários, os profissionais alertavam para a importância do acolhimento.

Acolhimento

O Projeto Acolhimento foi um dos seis projetos prioritários da gestão da saúde na Cidade de São Paulo iniciada em 2001. Tratava-se de uma estratégia para melhorar a relação de produção da saúde, fortalecer o vínculo entre os cidadãos e os profissionais do sistema público de saúde. Os outros cinco projetos prioritários eram: Programa Saúde da Família; Programa de Álcool, Drogas e Saúde Mental; Redução da Mortalidade Materna e Infantil; Controle da Dengue; e Atendimento a Urgências e Emergências (São Paulo, 2002).

Para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo,

acolher significa receber, recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como corresponsável pela produção de saúde, tanto na perspectiva da atenção individual como do ponto de vista coletivo. Envolve uma teia de relações e competências profissionais complementares, bem como condições ambientais, biofísicas e psicossociais favoráveis. As partes têm poderes e saberes próprios e utilizam recursos de comunicação diferentes. Esse diálogo acontece numa situação em que, frequentemente, estão presentes a dor, o medo, a morte (São Paulo, 2002, p. 1).

Em consonância com o texto acima, muitas vezes durante as entrevistas realizadas com médicos e enfermeiros, foram utilizadas as palavras *valorizar*, *ouvir*, *olhar*, *escutar* e *respeitar*, além de *acolhimento*, para definir a humanização na saúde. De fato, quando se pensa na humanização das relações entre os diversos atores dos serviços, o agir com cuidado torna-se fundamental, uma vez que busca a atenção não somente no aspecto biológico, mas também no olhar o indivíduo como um todo.

O Projeto Acolhimento afirma que acolher significa ver, ouvir e transformar, tecendo uma rede de confiança e solidariedade entre os cidadãos e os profissionais que atendem no serviço público de saúde (São Paulo, 2002).

O artigo “O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil” relata a experiência da proposta do acolhimento de inversão do modelo centrado na técnica à assistência, propondo que o serviço de saúde seja centrado no usuário, com os seguintes princípios: a) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que esse

desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; e c) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (Franco et al., 1999).

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde. As soluções práticas que temos conhecido ultimamente para essa questão tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde: recepção, triagem, acesso. Em muitos casos, tende a sofrer uma série de deslocamentos (acesso, porta-de-entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziá-la de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma “velha” atividade (em geral, algum tipo de pronto-atendimento) (Teixeira, 2003).

Na Política Nacional de Humanização – PNH de 2004, o acolhimento é definido como a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (MS, 2004b).

O MS (2006b), por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, afirma que

o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira. Este texto se referencia nos princípios, nos métodos e nas diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) e em experiências “do SUS que dá certo” (MS, 2006b, p. 5).

Uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e de organização da Política Nacional de Humanização é o projeto acolhimento, no sentido da ação de ‘estar com’, ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão e aproximação. Por isso, pressupõe e ao mesmo tempo provoca a mudança da relação profissional / usuário e sua rede social e das relações entre os profissionais da equipe. Tudo com parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, que levam ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde (MS, 2006b).

Em 2008, o MS – por meio do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – definiu o Acolhimento como um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador / equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída (MS, 2008).

A atitude de acolhida é fundamental para que se estabeleça um vínculo com qualidade entre profissionais e usuários, tão necessário para a efetivação de ações humanizadas de atenção à saúde (Haddad, Zoboli, 2010).

Entendemos que a preocupação dos entrevistados com as relações entre os profissionais e com os usuários tem consonância com a ética do cuidado, proposta por Carol Gilligan. Em muitos discursos enfatizou-se a importância do ouvir, do acolher, do se importar com o outro, nos seus sentimentos, suas dificuldades e valores, indicando a importância do vínculo nessas relações.

Outra categoria surgida nos discursos dos profissionais da AMA e ESF foi a importância da valorização do profissional de saúde. Essa percepção de que o profissional necessita de maior apoio institucional não foi mencionada apenas em função das capacitações técnicas necessárias, mas também no reconhecimento pessoal de cada uma das classes envolvidas no processo da saúde.

6.4 VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

A valorização profissional nos discursos encontra respaldo na ética do cuidado, na preocupação em fazer o bem e não causar danos (beneficência e não maleficência) e no respeito aos códigos deontológicos.

De fato, o desgaste profissional provocado pelo atendimento nas unidades de saúde foi frequente nos discursos dos entrevistados. Esses discursos sugerem a necessidade da valorização profissional no campo científico, pessoal e profissional, frente à ansiedade em prestar um bom atendimento ao usuário e à insuficiência da formação na área da humanização do atendimento.

O tema da valorização profissional é recorrente na área da saúde. É fundamental que os gestores locais se empenhem em criar espaços de discussão e manifestação dos profissionais, como forma de aperfeiçoar as relações, visando à melhoria da qualidade do trabalho e, conseqüentemente, do atendimento aos usuários.

A valorização dos profissionais de saúde e o cuidado ao grupo de profissionais que exerce diversas funções na área da saúde foram muitas vezes citados nos discursos como importantes para o desenvolvimento técnico dos trabalhos e para a relação humanizada com os usuários.

Muitas são as situações que podem afetar o bem-estar dos profissionais nas unidades, como as adversas do cotidiano, as de conflito, as de risco, as que os colocam em proximidade com a dor do outro, entre outras.

Os valores morais e a atitude ética favoreçam a preservação da dignidade, respeito e solidariedade entre os cuidadores, e isso implica a criação de um ambiente de cuidado (Neves, 2002).

É importante haver um suporte institucional que possibilite uma política de Recursos Humanos que contemple a saúde do trabalhador em sua totalidade, enfocando a qualidade de vida e o cuidado dos cuidadores no contexto existencial e no contexto do trabalho. As instituições de saúde e os gerentes de serviços precisam abrir espaços para que os trabalhadores exercitem a prática do autocuidado e as relações interpessoais no âmbito da equipe (Jesus et al., 2001).

Uma vez que os campos das práticas e o da formação não se dissociam, o projeto de formação de cada curso na área da saúde será sempre o resultado de uma dada conformação tecnológica expressa nos serviços, na gestão do Sistema, dos processos de ensino e nas práticas pedagógicas (Ceccim, Feuerwerker, 2004).

Interessante notarmos que, nos discursos dos profissionais médicos, houve a necessidade da formação em humanização como forma de valorizar o profissional e a relação com os usuários da saúde.

As ações de educação permanente em saúde envolvem a articulação entre educação e trabalho no SUS, visando à produção de mudanças nas práticas de formação e de saúde. Por meio da Educação Permanente em Saúde, articula-se o ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e humanização (MS, 2008).

Também como forma de humanizar os serviços, o ambiente adequado para o atendimento à população e para o próprio desenvolvimento do trabalho dos profissionais surgiu nos discursos dos profissionais entrevistados.

6.5 AMBIÊNCIA

A necessidade de um local adequado, humanizado, para o atendimento à população e para os profissionais surgiu nos discursos de médicos e enfermeiros da AMA e ESF, porém com maior destaque nas unidades com ESF.

Na AMA, a necessidade de melhores condições estruturais muitas vezes se relacionava ao ideal de tornar o serviço mais ágil, talvez por tratar-se de serviços que recebem grande demanda de usuários e necessitem de bons fluxos para tornar resolutivo o atendimento.

Muitos discursos apontaram a importância da ambiência como forma de tornar o ambiente acolhedor para usuários e profissionais, com espaços adequados para o atendimento à população e também como forma de garantir a informação e a comunicação ao usuário (senhas de chamada, sinalização em salas, portas, entre outros).

O cuidador enfrenta diversas situações e fatores no ambiente de trabalho que afetam a sua integridade física, psíquica e emocional. Um dos causadores de estresse, conforme apontado por Coutin et al. (2003), é o espaço físico inadequado.

A ambiência é um conceito que se refere não só ao espaço físico, mas também ao social, formado pelas relações interpessoais e profissionais com o objetivo de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (MS, 2006a).

Os antigos equipamentos de saúde têm sido ultimamente ajustados para abrigar mais de um serviço de saúde, como UBS tradicional e unidade com ESF ou AMA e UBS, com gestões independentes, provocando conflitos entre profissionais e usuários.

Em função disso, muitas vezes não é possível estabelecer fluxos corretos, dificultando as informações necessárias aos pacientes, como a sinalização, comprometendo a autonomia do usuário dentro do serviço.

O ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, entre outros (MS, 2006a).

Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores.

Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (MS, 2006a).

O conceito de ambiência está relacionado à necessidade de se estar confortável em termos de: adequação sociocultural (materiais locais em que foram feitos móveis, utensílios e em que foram elaborados pisos, paredes e tetos) e adequação ambiental (temperatura, ventilação, luminosidade e da quantidade e qualidade do ruído inserido dentro do espaço arquitetural) (Cohen et al., 2007).

As condições de infraestrutura para o trabalho com espaço físico inadequado para a realização das atividades assistenciais e dimensionamento insuficiente do quadro de profissionais propiciam tensões e conflitos, que se manifestam de forma intensa e estressante sobre os profissionais da unidade. Assim, a deficiência de recursos humanos e materiais configuram-se como condições impróprias para o trabalho e ameaça à saúde dos trabalhadores que atuam nos serviços (Garlet et al., 2009).

A ambiência é formada basicamente por três eixos que devem ser analisados de forma conjunta. O primeiro refere-se à confortabilidade, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, como, por exemplo, cor, cheiro, som, iluminação, garantindo o bem-estar de todos os envolvidos. O segundo eixo caracteriza o espaço como forma de produção de subjetividade por meio da ação e reflexão sobre as atividades desenvolvidas. O terceiro eixo diz respeito ao espaço como instrumento facilitador de mudanças no processo de trabalho, uma vez que esse eixo se relaciona com a otimização de recursos e com o atendimento dado aos usuários da saúde (MS, 2006b).

Pensar o espaço como ferramenta de mudança pode estimular atendimentos mais humanizados, acolhedores e resolutivos, o que requer a construção de espaços mais adequados à realidade de cada local. Seria interessante que essa discussão fosse ampliada com a participação de todos os profissionais, como forma de apropriarem-se do seu próprio trabalho e espaço, a fim de que houvesse maior comprometimento e envolvimento de todos (Warschauer, D'urso, 2009).

As unidades AMA que atendem demanda espontânea de usuários utilizavam o procedimento da avaliação de risco, como forma de priorizar o atendimento aos casos mais graves, e esse procedimento foi considerado como uma ação humanizadora do serviço.

6.6 AVALIAÇÃO DE RISCO

A avaliação de risco foi considerada importante pelos profissionais para a humanização e parece fundamental que os usuários apreendam esse conceito para o processo do atendimento.

O termo triagem origina do francês *triage* e significa classificação, seleção ou escolha. Na prestação de serviços de saúde, a triagem foi praticada nas guerras, em desastres e nas alas de emergência dos hospitais onde pessoas feridas foram classificadas para o atendimento médico segundo suas necessidades e suas expectativas de benefício. O objetivo é sempre usar os recursos disponíveis de maneira mais eficaz e eficiente possível (Beauchamp, Childress, 2002).

Certamente, ações como essas demandam tempo e continuidade para que possam ser absorvidas por todos os envolvidos na atenção ao paciente, mas, possivelmente, trarão retorno importante e menos conflitos no atendimento.

A realização da classificação de risco isoladamente não garante melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir acordos internos e externos para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução desses na rede de atenção (MS, 2009).

Por se tratar de unidades que atendem casos de urgência e emergência, segundo vários relatos dos entrevistados, os pacientes eram submetidos à avaliação de risco assim que chegavam à unidade, antes da consulta médica, como forma de priorizar o atendimento, que, em média, chegava a 10.000 consultas por mês.

O cuidado a pacientes com necessidades complexas requer aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização extensiva aos familiares, com representação expressiva no processo de trabalho, assumindo importância não só devido à complexidade e particularidades de ações no cuidar, mas, também, pelos recursos materiais e humanos mobilizados, além da necessidade de interface com outros setores e sistema local de saúde (Coelho et al., 2010).

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo direcionador. De forma geral, tem sido recomendada a utilização de protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente, sendo que o Ministério da Saúde tem buscado padronizar o processo de acolhimento com classificação de risco por meio da

adoção de medidas que uniformizem esse processo, em todo o território nacional (Souza et al., 2011).

Para o MS, a avaliação de risco ou classificação de risco é uma mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). É realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia, de forma ágil, o atendimento adequado a cada caso (MS, 2008).

Uma das estratégias possíveis para qualificar o atendimento é a estruturação do acolhimento com avaliação de risco, estabelecendo um equilíbrio entre a demanda de pacientes e os recursos disponíveis para atender suas necessidades, por meio da classificação dos casos (MS, 2008).

Existe a necessidade da organização do trabalho nas unidades de urgência e emergência com base nos pressupostos da Política Nacional da Atenção às Urgências, que preconizam o acesso e acolhimento aos serviços de saúde de acordo com sua complexidade tecnológica, procedendo à reordenação, quando necessário, a serviços ambulatoriais básicos ou especializados existentes na rede de atenção à saúde. Para tanto, é necessário conhecer a estrutura dos serviços e estabelecer a rede de atenção às urgências, com grades de referência e contrarreferência efetivamente pactuadas, com definição de corresponsabilidades, de modo a corrigir as distorções ainda existentes nas portas de entrada do sistema (Garlet et al., 2009).

Para os autores, a obrigação de uso racional e adequado de recursos humanos, materiais e financeiros, em cada nível de atenção, tem estimulado a discussão sobre a participação do hospital no sistema de saúde. O aumento da demanda por atendimento nos serviços de saúde, especialmente em urgência e emergência, requer a adoção de estratégias governamentais, institucionais e profissionais para adequar o sistema local de saúde na perspectiva das diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências de 2006 e do SUS (Garlet et al., 2009).

As causas que levam ao aumento da demanda nos serviços de urgência e emergência são diversas, refletem questões sociais, epidemiológicas, culturais, além de aspectos relativos à organização do sistema de saúde (Garlet et al., 2009).

O atendimento ininterrupto facilita ao usuário o acesso ao serviço, gerando demanda que poderia ter sido resolvida em outro nível de complexidade (Garlet et al., 2009).

Os usuários necessitam de atendimento, mas cabe aos profissionais zelar para que os pacientes que se encontram em maior risco sejam atendidos primeiramente.

A avaliação de risco é uma forma de valorizar o atendimento coletivo frente ao individual, os princípios de nível público ante os de nível privado, conforme o Princípio Hierarquizado.

Em caso de conflito, os princípios da não maleficência e justiça têm prioridade sobre a beneficência e autonomia. A hierarquização desses princípios justifica-se porque muitas vezes os conflitos morais surgem como conceituação de resultado entre público e privado (Gracia, 2001).

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar ao paciente que não corre risco imediato o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; e aumentar a satisfação dos usuários (MS, 2009).

O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém não suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência. O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento (MS, 2009).

A necessidade de orientar os usuários nas questões da saúde de forma mais abrangente era entendida pelos profissionais da ESF como humanização dos serviços. Os cuidados com a prevenção das doenças e a promoção da saúde poderiam proporcionar melhoria na qualidade de vida da comunidade.

6.7 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE

Segundo o dicionário Aurélio, o termo *prevenir* tem o significado de preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite dano ou mal, impedir que se realize. *Promover* tem o significado de dar impulso a, fomentar, originar, gerar (Ferreira, 1999).

Promoção da saúde compreende vários significados que refletem conhecimentos, experiências e valores em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, dessa forma, uma construção social e cultural (Minayo et al., 2000).

Quando falamos em promoção da saúde, tradicionalmente, nos referimos de maneira bem mais ampla que somente à prevenção, pois são medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais (Czeresnia, Freitas, 2003).

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, ficou conhecida como a Carta de Ottawa e apresentava uma carta de intenções com o objetivo de contribuir para se atingir a “Saúde para Todos no Ano 2000” e nos anos subsequentes. Essa conferência argumentava a ideia de saúde como qualidade de vida, resultado de um conjunto de diversos fatores, como educação, justiça social, alimentação e renda, e fortalecia os direitos e a responsabilidade dos indivíduos e comunidade pela própria saúde (OPAS, 1986).

No ano de 1986, o Brasil destaca a promoção da saúde na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS/MS), ao expor que

o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (MS, 1986, p. 382).

O conceito de Promoção da saúde surgiu de forma mais forte em países como Estados Unidos e Canadá e países da Europa Ocidental. Além de Ottawa, três importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde foram realizadas: *Adelaide*, em 1988, *Sundsvall*, em 1991, e *Jakarta*, em 1997, desenvolvendo as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (Buss, 2000).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 fortaleceu o tema quando declarou no art. 196: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Na década de 90, por meio da Lei n. 8.080, o sistema de saúde incorporou a noção ampla de saúde dentro do contexto da promoção (Brasil, 1990b). Em 1992, aconteceram os eventos “Cúpula da Terra” e “Rio 90: Agenda 21”, tratando dos temas dos ambientes saudáveis, e, em 1999, o Ministério da Saúde realizou, no Brasil, o I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde, em Brasília, cujo objetivo consistiu na divulgação das experiências e na criação de espaços para debate em promoção da saúde no País.

Em 1992, na América Latina, aconteceu a 4ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992). Essa Conferência, realizada em Bogotá, Colômbia, trouxe a discussão para a conjuntura da saúde na América Latina, buscando mais opções nas ações de saúde pública, a fim de diminuir as patologias ligadas à pobreza e à industrialização dos países em desenvolvimento. Entendemos que esse é um grande desafio, principalmente no sentido de desencadear ações intersectorializadas, vindo ao encontro da Lei n. 8080/90, que discorre sobre a saúde ampliada, onde encontramos, não somente o atendimento médico, mas também a inserção cultural, lazer, transporte, educação, entre outros setores.

Vale notar que a Lei n. 12.401 traz alterações à Lei n. 8.080, de 1990, com a inclusão do Capítulo VIII – Da Assistência Terapêutica e da Incorporação de Tecnologia em Saúde. Regulamenta aspectos da assistência farmacêutica e do processo de incorporação de tecnologias no SUS, além de definições de protocolo clínico e diretrizes terapêuticas que sinalizam o custo-efetividade e as avaliações econômicas como critérios adicionais nas decisões de inclusão das intervenções em saúde (Brasil, 2011b).

A atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Existe um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (MS, 2005b).

Em setembro de 2005, o MS definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida, que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um (MS, 2005b).

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica o compromisso do MS na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS (MS, 2005b).

Qualidade de vida

Com a realização da X Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, aconteceu o debate sobre modelos de atenção voltados para a qualidade de vida (MS, 1996b).

Como não há um consenso sobre a definição de qualidade de vida, a OMS reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1995).

O termo qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural. A saúde seria resultado de um amplo espectro associado com a qualidade de vida, compreendendo um conjunto de valores: justiça social, educação, renda, habitação, alimentação, nutrição, trabalho, entre outros (Minayo et al., 2000).

Qualidade de vida seria uma noção relacionada ao grau de satisfação dos indivíduos com o seu meio familiar, social e ambiental. É criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade (Minayo et al., 2000).

“Qualidade de vida” é um termo utilizado em duas vertentes: na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; e no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde (Fleck, 2000).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos (Seidl, Zannon, 2004).

O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer – elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, é possível dizer que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço (Minayo et al., 2000).

A noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico e está relacionada a modo, condições e estilos de vida (Castellanos, 1997).

Inclui, também, ideias de desenvolvimento sustentável, ecologia humana e relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si (Minayo et al., 2000).

Do exposto, consideramos que, para que se possa prover a qualidade de vida aos usuários da saúde, faz-se necessário que a atuação dos profissionais da área seja interdisciplinar e ampliada, no sentido de transitar por vários setores, contribuindo com a melhor inserção do usuário na sociedade.

Na Bioética, entende-se que a qualidade de vida seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito. Prioriza-se a subjetividade, já que a realidade é de cada um (Segre, Ferraz, 1997).

Os autores refletem a qualidade de vida de uma forma mais individual, subjetiva e autônoma, o que nos remete à possibilidade de trabalharmos com pontos anteriormente discutidos, tais como a informação, autonomia, empoderamento, como forma de auxiliar o usuário nas suas escolhas e subjetividades.

A distribuição justa dos recursos finitos provoca grandes discussões éticas, pois, se a saúde envolve aspectos que ultrapassam os muros das unidades, os recursos financeiros devem acompanhar a necessidade de proporcionar aos cidadãos condições de alcançar o maior bem-estar possível.

Dessa forma, o direito à saúde incorpora aspectos que nos remetem à construção do direito à cidadania e da justiça social. Se não há recursos para tudo e para todos, então a sociedade deve decidir democraticamente para onde esses recursos serão direcionados.

É interessante notar que os profissionais entrevistados não se atentam para a questão dos recursos. Entendem a visão ampliada de saúde que envolve vários aspectos sociais e econômicos, a universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidados e a equidade das ofertas em saúde, mas em nenhum momento discutem a destinação dos recursos que, reconhecidamente finitos, devem ser amplamente debatidos pela sociedade.

A saúde pode ser compreendida como a expressão do maior grau de bem-estar que o indivíduo e a coletividade são capazes de alcançar por meio de um equilíbrio existencial dinâmico, mediado por um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, os

sistemas de saúde e a distribuição de recursos constituem fator social de grande relevância quando se pensa em ampliar a justiça e a inclusão social, e devem ser norteados pela ideologia e valores éticos prevalentes na sociedade (Fortes, 2008a).

Cada sistema de saúde se desenvolve em um ambiente de constante ampliação tecnológica e de aumento de custos, conjuntamente com as necessidades de saúde que são crescentes e maiores do que as possibilidades de recursos existentes. Isso independe do estágio econômico e da estrutura organizacional dos diferentes sistemas de saúde, resultando em uma gama de problemas e conflitos éticos (Fortes, 2008a).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa é um estudo qualitativo que procurou conhecer as percepções de profissionais da saúde sobre humanização. O cenário escolhido foi o da atenção básica nas unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) da região Sul do município de São Paulo, conhecida como Capela do Socorro. Os sujeitos envolvidos foram os enfermeiros e médicos desses equipamentos de saúde.

Ao entrevistarmos profissionais de serviços distintos – ESF e AMA –, buscamos conhecer se havia diferenças nas percepções sobre humanização em função do serviço onde desenvolviam suas atividades.

O propósito desse estudo não estava em validar os Marcos Referenciais utilizados e sim em explorar de que forma eles se apresentavam na linguagem comum dos profissionais de saúde.

Após as análises, percebemos que, durante os discursos, os profissionais lançavam mão dos referenciais utilizados, algumas vezes de maneira conjunta.

Nos discursos dos dois serviços – AMA e ESF –, surgiram categorias empíricas comuns, como: a integralidade da atenção à saúde, os direitos dos usuários, as relações entre profissionais e pacientes, a valorização profissional e ambiência. Podemos entender que se utilizavam de aspectos relacionados ao Princípio da Integralidade, à Ética do Cuidado e à Ética Profissional.

Os resultados das entrevistas demonstraram que muitos profissionais entrevistados entendiam que a humanização estava ligada à integralidade da atenção à saúde, relacionada a um tipo de atendimento que abarcava um processo assistencial resultante do conhecimento e da prática de todas as categorias profissionais envolvidas na produção do cuidado. Mas enumeravam, ao mesmo tempo, as dificuldades vivenciadas no cotidiano dos serviços para oferecer o atendimento integral aos usuários.

Na categoria direitos dos pacientes, os profissionais apontavam, principalmente, a prioridade do atendimento aos portadores de necessidades especiais e destacavam a possibilidade de o usuário ter um acompanhante durante as consultas e procedimentos aos quais seria submetido.

Pareceu-nos, nos discursos proferidos, que a permanência de uma pessoa de confiança do paciente durante o atendimento era entendida como forma de atenuar o momento

vulnerável do usuário, causado também pelo ambiente peculiar do serviço de saúde, muitas vezes estranho ao usuário.

O respeito aos direitos dos usuários foi registrado nos discursos quando os profissionais alertavam para a importância do empoderamento do usuário e a importância do acesso à informação em linguagem acessível, como forma de permitir melhor adesão aos tratamentos propostos.

A autonomia do usuário e o respeito à sua privacidade, também direitos dos pacientes, surgiram nos discursos dos profissionais de forma particular. Os profissionais da AMA mencionaram a autonomia, e os da ESF o respeito à privacidade. Sobre isso, discutiremos posteriormente.

Muitas foram as falas sobre aos problemas enfrentados na relação entre profissionais e usuários dos serviços. De fato, muitos autores têm estudado as dificuldades encontradas cotidianamente nessa relação.

A forma de abordar o usuário e de informá-lo de acordo com o seu entendimento, o aumento da tecnologia utilizada nos serviços, a exigência de que o usuário se responsabilize pela sua saúde, a grande demanda de consultas, a maior participação do usuário nos equipamentos de saúde são motivos citados que parecem aumentar a distância entre profissionais e usuários.

A partir do estabelecimento do SUS, da criação dos Conselhos Municipais de Saúde, da municipalização dos serviços básicos, das propostas de gestão compartilhada e da implantação das ouvidorias, houve a possibilidade da ocorrência de uma aproximação da população aos serviços e às questões da saúde. Os usuários já não são somente expectadores e puderam assumir posturas mais efetivas, propondo alternativas viáveis frente aos problemas identificados.

Embora a adesão dos usuários e a receptividade dos profissionais nessa aproximação ainda sejam acanhadas, a criação dos Conselhos e ouvidorias possibilitou que isso acontecesse. Ainda que essa convivência mais próxima entre profissionais e usuários possa acarretar conflitos, parece ser fundamental para o enfrentamento dos problemas de saúde da população e deve ser pautada pela confiança e pelo respeito às diferenças e, principalmente, pela democratização da gestão das unidades de saúde.

Trata-se, possivelmente, de um longo processo, tendo a humanização papel importante nesse contexto, ao atuar e sensibilizar trabalhador e usuário e proporcionar uma interação de respeito, pautado por responsabilidades mútuas.

Em alguns momentos, durante as entrevistas, os profissionais citaram a importância da valorização técnica dos profissionais, e somente nessas ocasiões pudemos entender que estavam preocupados com o respeito aos códigos profissionais, ainda que em nenhum momento tenham mencionado nominalmente os Conselhos de Classe, ou a preocupação por sanções desses órgãos. Sobre esse aspecto, a ética profissional não nos pareceu fundamental no discurso dos profissionais.

Nos discursos, essa valorização pareceu estar mais atrelada ao cuidado que o profissional deseja receber para enfrentar a grande demanda gerada pelos serviços, demonstrando que ele também é parte vulnerável nessa relação conflituosa com o usuário e com os gestores das unidades.

Os entrevistados apontavam a dificuldade com a grande quantidade de consultas por hora, a baixa qualidade que se podia dar a esses atendimentos, a limitação do acesso aos serviços e a dificuldade em responder às metas exigidas pelos gestores da unidade, da SMSSP e do MS.

Por fim, nas percepções comuns sobre humanização, muitas vezes médicos e enfermeiros entrevistados identificaram a importância da estrutura dos serviços como forma de proporcionar um atendimento de qualidade, com a promoção do conforto aos usuários e aos próprios trabalhadores.

Pareceu-nos claro que, nos discursos, valorizavam a ambiência na saúde como um espaço físico, social e profissional, responsável pelo desenvolvimento de relações interpessoais que necessitavam estar em sintonia com uma concepção de saúde voltada para a atenção acolhedora, resolutiva e humanizada.

Ao diferenciarmos os discursos de acordo com o serviço prestado ao usuário, surgiram categorias exclusivas à AMA ou ESF, demonstrando que a percepção sobre humanização é influenciada também pelo modelo de atendimento prestado à população.

Na AMA, surgiram categorias como a autonomia do usuário, alteridade, trabalho em equipe, o acesso ininterrupto ao serviço e a importância do atendimento priorizado por risco.

Nos discursos desses profissionais, chamou a atenção que, ao valorizarem a autonomia dos pacientes, entendiam que dessa forma poderiam diminuir a quantidade de atendimentos, pela adesão dos pacientes aos tratamentos propostos. No entanto, em nenhum momento citaram que, munidos e cientes dessas informações, os usuários poderiam recusar os tratamentos indicados, demonstrando uma postura ainda paternalista.

O contato direto com problemas de saúde que envolvem maiores riscos aos usuários, a própria eminência da dor, parece fazer com que, nos discursos da AMA, surja a alteridade, a preocupação de “se colocar no lugar do outro”.

Da mesma forma, consideramos que a valorização do trabalho em equipe poderia tornar mais ágil o atendimento aos usuários, proporcionando condições mais resolutivas, em um tipo de serviço cuja demanda de usuários é muito grande.

Ao priorizar os casos que envolvem risco maior à saúde, os profissionais pareciam hierarquizar os princípios, caminhando em direção ao Princípio Hierarquizado: os direitos de nível coletivo têm prioridade sobre os de nível particular, individual.

Na AMA, chamou a atenção que a privacidade do paciente não foi referida nos discursos. Nessas unidades, há muitos atendimentos, e essas condições de atendimento não proporcionam vínculo com o paciente, podendo comprometer o direito dos usuários à privacidade.

Comparativamente, os médicos da AMA atendem número muito maior de pacientes por hora, mas não houve, por parte deles, queixas sobre o volume de consultas, talvez também por enfraquecer o vínculo e até o cuidado nessa breve relação com o usuário. O grande número de consultas parece enfraquecer o vínculo com o usuário, tornando a relação mais imediata e pontual.

Podemos entender que esses serviços priorizavam mais a técnica e, talvez por isso mesmo, se coloquem mais distantes dos pacientes, concordando com muitos autores que afirmam que, quanto mais técnico o serviço, mais desumano ele se torna, e também com a perspectiva extremamente técnica da medicina.

Para esses profissionais, a preocupação pareceu maior em relação à dificuldade da população em ter garantido o acesso ininterrupto aos serviços de saúde, justamente por serem esses serviços de urgência e emergência limitados no horário de atendimento. Segundo eles, todos os serviços deveriam prestar atendimento durante 24 horas do dia, com acesso integral, evitando riscos maiores aos cidadãos e aos próprios profissionais que enfrentam diariamente situações adversas no horário de encerramento dos trabalhos. Esse momento aumenta as situações de conflito nesses equipamentos, uma vez que não trabalham com agendamento, área de referência ou limite de consultas.

Parece claro que o usuário busca o acesso ao serviço de saúde e não está alertado em entender sobre o serviço prestado. Se a unidade atende casos de baixa e média complexidade (AMA), ou se procura orientar e acompanhar pacientes crônicos (ESF), a dificuldade em

conseguir atendimento faz com que o usuário busque a porta de entrada mais próxima e mais acessível, de forma a conseguir resolver a situação que lhe parece urgente.

Essa situação gera conflitos que desumanizam o atendimento em vários aspectos. Talvez seja exatamente esse o grande desafio da humanização, pois, afinal, como lidar com tantas adversidades internas e externas e ao mesmo tempo manter uma relação equilibrada, harmoniosa e humana?

Por fim, nas unidades com ESF, surgiram categorias que apontavam a preocupação com a prevenção e a promoção à saúde, o cuidado e o vínculo que se estabelece com o paciente e o respeito à sua privacidade.

Durante a coleta de dados, chamou atenção como a palavra “acolhimento” fazia parte dos discursos. Os entrevistados se referiam ao acolhimento como forma de organizar e oferecer aos usuários um serviço de qualidade, apontando a importância do ouvir como fundamental nessa relação, e muitas vezes utilizavam o termo como sinônimo de “humanização”.

As unidades com ESF estão mais próximas dos pacientes, exercendo suas atividades em áreas delimitadas, com usuários cadastrados, com maior tempo de consulta, permitindo aos profissionais exercer maior contato com os pacientes, e, assim, o cuidado e o vínculo.

Esse fato proporciona maior preocupação com a privacidade, já que a própria dinâmica do serviço requer essa atenção, com atendimento extensivo a todos os integrantes das famílias. Do contrário, o respeito à autonomia dos usuários não foi mencionado pelos profissionais da ESF. A proximidade e o vínculo não parecem ter relação com o respeito à autonomia do paciente, principalmente na possibilidade de discutir ou mesmo recusar os tratamentos propostos.

Da mesma forma, surgiram também no discurso apostas na prevenção e promoção à saúde. Assim, poderíamos concluir que os profissionais estavam mesclando a ética do cuidado e o modelo Principialista.

Parece que o grande desafio da humanização está na organização dos serviços, que devem ser pautados pela cogestão e pelo respeito aos usuários e profissionais.

Entretanto, existem limites que devem ser discutidos em relação ao trabalho dos profissionais. É importante considerar se o número de profissionais disponíveis no mercado de trabalho ou em formação é suficiente para equiparmos todos os serviços de saúde existentes e necessários, de maneira adequada; se os recursos financeiros disponíveis ou investidos são suficientes para que os profissionais possam sentir-se valorizados para exercer sua profissão, que envolve a saúde e a vida das pessoas; e se podemos garantir aos usuários

atendimento universal, integral, com qualidade e respeito aos seus direitos, compartilhando conhecimentos, sentimentos e informações.

Um ponto que nos parece importante é pensarmos na formação dos profissionais da saúde buscando alternativas no sentido de combinarmos o esperado conhecimento técnico ao desejado aspecto afetivo.

Em um mundo tão individualizado e com constantes alterações das relações sociais, talvez seja esse o grande desafio na humanização dos serviços de saúde.

8 REFERÊNCIAS

Active Citizenship Network. Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes [Internet]. Bruxelas; 2002 [acesso em 25 Mar 2011]. Disponível em: <http://www.activecitizenship.net/patients-rights/projects.html>

Alcaraz AMC, Padilha CA. El analisis de los dilemas éticos [Internet]. 2008 [acesso em 24 Abr 2011]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/6652664/El-Analisi-de-Los-Dilemas-Eticos-Ma-Costa-Alcaraz>

Almeida JLT. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 129 p.

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Com Saúde Educ. 2005;9(16):39-52.

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Rev Ciênc Saúde Col. 2007;12(2).

ASF – Associação Saúde da Família [homepage na Internet]. São Paulo; 2005 [acesso em 10 Mai 2011]. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.org/>

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface Com Saúde Educ. 2004;8(14):73-92.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2005;10(3):549-60.

Baker R. History of Medical Ethics. In: Bynum W, Porter R, editors. Encyclopedia of the History of Medicine. London: Routledge; 1993. v. 2, p. 852-87.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Beauchamp TL, Childress JF. Princípios da ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.

Bellino F. Fundamentos de Bioética. Bauru: EDUSC; 1997.

Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2005;10(3):561-71.

Boff L. Ética e espiritualidade face a situações-limite de vida e de morte [Internet]. 2009 [acesso em 2 Nov 2011]. Disponível em: <http://leonardoboff.com/site/vista/outros/etica.htm>

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. (16 jul. 1990a); p. 13563.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (20 set. 1990b); p. 18055.

Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (31 dez. 1990c); p. 25694.

Brasil. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (18 mai. 1998); p. 8.

Brasil. Lei n. 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (9 nov. 2000); p. 1.

Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (3 out. 2003); p. 1.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS [Internet]. Brasília (DF): CONASS; 2007 [acesso em 3 Jun 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf

Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (29 jun. 2011a). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

Brasil. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do sistema único de saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília (29 abr. 2011b); p. 1.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Colet. 2000;5(1):163-77.

Camargo M. Fundamentos de Ética Geral e Profissional. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2001.

Campos GWS. 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: Hucitec; 1997. p. 29-87.

Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):679-84.

Carvalho V, Castro IB. Marco conceitual para o ensino e a pesquisa fundamental – um ponto de vista. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 1985;38(1):76-85.

Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. *Saúde Movimento: condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p. 31-75.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1400-10.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Duração de consulta ambulatorial e de visita médica hospitalar, à luz da resolução CREMERJ n. 17/87 [relatório na Internet]. Brasília (DF); 1990 [acesso em 13 Ago 2011]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1990/30_1990.htm

CFM – Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica (versão de bolso). Resolução CFM n. 1931, de 17 de setembro 2009. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2010. 98 p.

Chaves PL, Costa VT, Lunardi VL. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(1):38-43.

Clouser KD. Bioethics and Philosophy. *Hasting Center Report*. 1993;23:S10-S11.

Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil [Internet]. *Rev Latino-Am Enferm*. 2010 Ago [acesso em 7 Set 2011];18(4):[9 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_16.pdf

Cohen SC, Bodstein R, Kligerman DC, Marcondes WB. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2007;12(1):191-8.

Costa ALRC. O cuidado com o trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem [dissertação]. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal do Mato Grosso. Programa de Mestrado Interinstitucional; 1998.

Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde Soc*. 2004 Dez;13(3).

Coutrin RMGS, Freua PR, Guimarães CM. Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001. *Texto Contexto Enferm*. 2003;12(4):486-94.

CREMEC – Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. Tempo mínimo para consulta médica. Parecer CREMEC n. 24/2002, de 23 de setembro 2002. Fortaleza; 2002 [acesso em 12 Nov 2011]. Disponível em: <http://www.cremec.com.br/pareceres/2002/par2402.htm>

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Aids e ética Médica. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2001. 94 p.

CRMMS – Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul. Parecer CRMMS n. 10/1999. A limitação do número de pacientes ambulatoriais. Três Lagoas; 1999 [acesso em 12 Nov 2011]. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/pareceres/crmms/pareceres/1999/10_1999.htm

Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc Saúde Colet. 2004;9(1):7-14.

Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Interface Com Saúde Educ. 2005;9(17):389-406.

Diniz D, Velez AC. Bioética Feminista: a emergência da diferença [Internet]. Série Anis. 2000 Jun [acesso em 6 Jun 2012];(1). Disponível em: <http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa01%28dinizvelez%29biofem2.pdf>

Drane J, Pessini L. Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Loyola; 2005.

Durand G. Introdução Geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2007.

Faden R, Beauchamp TL. A History and Theory of Informed Consent. New York: Cambridge University Press; 1986.

Farias LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas [Internet]. Cad Saúde Pública. 2002 Out [acesso em 1 Jul 2012];18(5):1229-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500015

Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

Ferreira ACL. Desenvolvimento moral e uso de redes sociais de relacionamento na internet: uma relação possível? [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/TMCB-7WVJ7M/1/disserta_o_mestrado_aline_cristiane_lemos_ferreira.pdf

Ferreira RA. A pesquisa científica nas Ciências Sociais: caracterização e procedimentos. Recife: UFPE; 1998.

Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a Bioética. São Paulo: Loyola; 2005.

Figueiredo AM. Bioética clínica e sua prática. Rev Bioét. 2011;19(2):343-58.

Figueiredo AM, Ferreira SCM. A dimensão da ética no exercício profissional em saúde: um olhar sobre os conceitos [Internet]. *Derecho Cambio Social*. 2010 [acesso em 10 Jun 2012];7(22). Disponível em: http://www.derechoycambiosocial.com/revista022/etica_em_saude.pdf

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet*. 2000;5(1):33-8.

Fortes PAC. Reflexões Sobre a Bioética e o Consentimento Esclarecido. *Rev Bioética*. 1994;2(2).

Fortes PAC. *Ética e saúde*. São Paulo: EPU; 1998.

Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):30-5.

Fortes PAC. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. *Rev Bioét*. 2008a;16(1):25-39.

Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008b;24(3):696-701.

Fortes PAC. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e integralidade no SUS. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):1054-8.

Fórum de Ética. *Ética Deontológica* [Internet]. 2012 [acesso em 10 Jun 2012]. Disponível em: <http://www.eticus.com/teoriaseticas.php?sp=1>

Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Ferreira SI, Oselka G, Garrafa V, organizadores. *Iniciação à bioética*. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 269-84.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-53.

Frankena WK. *Ética*. Rio de Janeiro: Zahar; 1981. p. 61-73.

Gallian DMC. A (re)humanização da Medicina. *Psiquiatr Prat Med*. 2000;33(2):5-8.

Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):266-72.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1171-81.

Gilligan C. *Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1982.

Gilligan C, Attanucci J. Two Moral Orientations: gender differences and similarities. *Merrill-Palmer Quarterly*. 1988;34(3):223-37.

Glock RS, Goldim JR. Ética profissional é compromisso social [Internet]. *Mundo Jovem*. 2003 [acesso em 6 Jun 2012];XLI(335):2-3. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/eticprof.htm>

Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde Soc*. 2004;13(2):20-31.

Goldim JR. Princípio da Beneficência [Internet]. 1998 [atualizado em 14 Mar 1998; acesso em 6 Jun 2012]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/benefic.htm>

Goldim JR. Dever Prima Facie [Internet]. 2003 [atualizado em 31 Mar 2003; acesso em 6 Mar 2011]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/primafd.htm>

Goldim JR. Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia [Internet]. 2004 [atualizado em 14 Mar 2004; acesso em 6 Jun 2012]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm>

Goldim JR. Bioética: origens e complexidade [Internet]. *Rev HCPA*. 2006 [acesso em 8 Jun 2012];26(2):86-92. Disponível em <http://www.bioeticaefecrista.med.br/textos/origem%20e%20complexidades.pdf>

Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema; 1989.

Gracia D. Bioética clínica. Santa Fé de Bogotá: El Buho; 1998. p. 34-49, 57, 98-100.

Gracia D. Semiologia de los conflictos morales em Bioética. VI Congresso Brasileiro de Bioética, I Congreso de Bioética Del Mercosur e Fórum da Redbioética/UNESCO. Foz do Iguaçu: 2005.

Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Loyola; 2010.

Haddad JGV, Zoboli ELCP. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. *Mundo Saúde*. 2010;34(1):86-91.

Hames MLC, Carraro TE, Ramos FR, Tholl AD. A alteridade como critério para cuidar e educar nutrízes: reflexões filosóficas da prática. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(2):249-53.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2010 [acesso em 3 Jun 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo2010/resultados_do_censo2010.php

Jesus DSS, Freitas MEA, Carneiro MLM, Soares SM. Cuidar do outro e de si mesmo: a compreensão de uma equipe de enfermagem. *Rev Min Enferm*. 2001;5(1/2):20-6.

Junqueira LAP, Inojosa RM. Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal. In: Conferência Nacional de Saúde Online: uma proposta em construção [Internet].

1997 [acesso em 15 Nov 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/FORTALEZA.htm>

Junqueira LAP, Inojosa RM, Komatsu S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza [Internet]. In: XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”. 1997 [acesso em 15 Nov 2011]. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/unpan003743.pdf>

Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Marques GQ, Lima MAD. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde [Internet]. Rev Latino-Am Enferm. 2007 [acesso em 7 Set 2011];15(1):13-19. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf

Martins MCNF. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 39-64.

Minas Gerais. Lei n. 8.926, de 2 de agosto de 2004. Dispõe sobre os direitos do usuário dos serviços e das ações de saúde, no município [Internet]. Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/236379/lei-8926-04-belo-horizonte-mg>

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5a ed. São Paulo: Hucitec; 1998.

Minayo MCM, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Col. 2000;5:7-18.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hicitec-Brasco; 2004.

Montenegro T. Diferenças de gênero e desenvolvimento moral das mulheres. Rev Estudos Feministas. 2003;11(2):493-508.

MS – Ministério da Saúde. 7ª Conferência Nacional de Saúde: extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1980 [acesso em 14 Mai 2011]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf

MS – Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986 [acesso em 14 Mai 2011]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

MS – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília (10 out. 1996a).

MS – Ministério da Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde, relatório final. SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996b [acesso em 14 Mai 2011]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf

MS – Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Perfil dos médicos e enfermeiros de saúde da família no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS; 2000 [acesso em 21 Ago 2011]. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/index.html

MS – Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001a [acesso em 10 Abr 2011]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>

MS – Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa da Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001b.

MS – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004a [acesso em 11 Set 2011]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

MS – Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004b [acesso em 10 Mai 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf

MS – Ministério da Saúde. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005a [acesso em 18 Abr 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf (p. 8)

MS – Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005b [acesso em 1 Jul 2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>

MS – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006a [acesso em 10 Mar 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf

MS – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006b.

MS – Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 2a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 10 Mai 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf

MS – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed.

Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 21 Ago 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf

MS – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 21 Ago 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf

MS – Ministério da Saúde. Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília (14 ago. 2009); Sec. 1:80-81.

MS – Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (24 out. 2011); Sec 1:48-55. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

MS – Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Equipes de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [s/d]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#equipes>

Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. Iniciação à Bioética. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53-70.

Narchi NZ, Secaf V. Códigos de ética profissional e a pesquisa: direitos autorais e do ser humano. Rev Paul Enf. 2002;21(3):227-33.

Neves EP. Cuidando e confortando: uma estratégia para a saúde do trabalhador. Rev Enferm UERJ. 2002;10(2):133-7.

Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. São Paulo: LTr; 1999.

Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência em saúde. Rev Latino-Am Enferm. 2006;14(2):277-84.

Oliveira EM, Spiri WC. Programa de Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública 2006;40(4):727-33

OMS – Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata, URSS; 1978 [acesso em 1 Mai 2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

OMS – Organização Mundial da Saúde – World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.

OMS – Organização Mundial da Saúde – World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR) / Health Education and Health Promotion Unit (HEP). 1998. Promoción de la salud: glosario [acesso em 14 Ago 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/en>

ONU – Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948 [acesso em 1 Fev 2011]. Disponível em: <http://www.onu.org.br/conheca-a-onu/documentos>

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. 1ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa; 1986 [acesso em 29 Nov 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. 4ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Santafé do Bogotá; 1992 [acesso em 29 Nov 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>

OPAS/OMS – Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Leitos por habitante e médicos por habitante. Brasília (DF); 2003 [acesso em 12 Nov 2011]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/leitos.pdf>

Pauli LTS. A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

Peduzzi M. Equipe multidisciplinar em saúde: a interface entre o trabalho e a interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103-9.

Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 8a ed. São Paulo: Loyola; 2008.

Petry FB. Resenha: princípios de ética biomédica: Beauchamp e Childress. UFSC ethic@. 2004;3(1):87-92.

Piola SF, et al. Vinte anos da constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? Políticas Soc Acompanhamento Análise. 2009 [acesso em 7 Mar 2012];1(17):97-174. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_completo_1_7e.pdf

Pitta A. Hospital dor e morte como ofício. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras [Internet]. Ciênc Saúde Col. 2011 [acesso em 7 Jun 2012];16(Supl. 1):719-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a02v16s1.pdf>

Rech CMF. Humanização hospitalar: o que pensam os tomadores de decisão a respeito? [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Reich WT. The word 'bioethics': its birth and the legacies of those who shaped it. Kennedy Inst Ethics J. 1994;4:319-35.

Reich WT. Revisiting the launching of the Kennedy Institute: re-visioning the origins of bioethics. *Kennedy Inst Ethics J*. 1996;6(4):323-7.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde [Internet]. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004 Abr [acesso em 3 Jun 2012];20(2):438-46. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n2/11.pdf>

Rothman DJ. *Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York: Basic Books; 1991.

Sacardo DP. Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: uma abordagem bioética [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Sadala MLA. A alteridade: o outro como critério. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(4):355-7.

São Paulo (Estado). Lei complementar n. 791, de 09 de março de 1995. Dos Fundamentos Políticos e Sociais da Saúde. Assessoria Técnico-Legislativa. 9 Mar 1995 [acesso em 15 Mai 2010]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/129480/lei-complementar-791-95-sao-paulo-sp>

São Paulo (Estado). Lei complementar n. 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Assessoria Técnico-Legislativa. 4 Jun 1998 [acesso em 15 Mai 2010]. Disponível em: <http://www.sindsaude.org.br/download/lc846.pdf>

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. (18 mar. 1999); Seção 1:1. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>

São Paulo (Município). Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Recursos Humanos. Projeto Acolhimento n. 1. São Paulo; 2002 [acesso em 13 Ago 2011]. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/acolhimento.pdf>

São Paulo (Município). Lei Municipal n. 14.132, de 24 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. Secretaria do Governo Municipal. 24 Jan 2006 [acesso em 15 Mai 2010]. Disponível em: http://www2.oabsp.org.br/asp/clipping_jur/ClippingJurDetalhe.asp?id_noticias=17764&AnoMes=20061

São Paulo (Município). Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Assistência Médica Ambulatorial. Secretaria Municipal da Saúde; 2009 [acesso em 1 Mai 2010]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/ama/index.php?p=1911

São Paulo (Município). Relação dos estabelecimentos/serviços da Secretaria Municipal da Saúde por coordenadoria regional de saúde e supervisão técnica de saúde do Município de São Paulo. Subprefeitura Capela do Socorro. Secretaria Municipal da Saúde; 2010a [acesso em 8 Ago 2011]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/UnidMunicSaudeSupervisaoTecnica.pdf>

São Paulo (Município). Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras. Dados Demográficos dos Distritos pertencentes às Subprefeituras. 2010b [acesso em 10 Dez 2011]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758

Saupe R, Alves ED. Contribuição à construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000 Abr;8(2):60-7.

Schmith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1487-94.

Schraiber LB. Desafios atuais da integralidade em Saúde. *J Rede Fem Saúde*. 1999;17:17-9.

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Colet*. 1999;4(2):221-42.

Schramm FR. Da bioética privada à bioética pública. In: Fleury S, organizadora. *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos; 1997. p. 227-40.

Schramm FR, Palacios M, Rego S. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? *Ciênc Saúde Colet*. 2008;13(2):361-70.

Schutz GE. Alocação de recursos na assistência materno-infantil. In: Schramm FR, Braz M, organizadores. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 105-23.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8.

Segre M, Cohen C, organizadores. *Bioética*. 3a ed. São Paulo: EDUSP; 2002.

Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(5): 538-42.

Seoane AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. *Saúde Soc*. 2009;18,(1):42-9.

Seoane AF, Spinetti SR, Fortes PAC. O direito à humanização da atenção à saúde. *Rev Prima Facie*. 2010;3:81-94.

Silva IZQJ, Trad LB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface Com Saúde Educ*. 2005;9(16):25-38.

Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):48-56.

Silva MJP, Gimenes OMPV. Eu – o cuidador. *Mundo Saúde*. 2000;24(4):307-9.

Silveira MFA, Gualda DML, Sobral V, Garcia AM. A dança das descobertas. *Int J Qualit Methods*. 2002;16:1-18.

Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester [Internet]. *Rev Lat-Am Enferm*. 2011 [acesso em 12 Ago 2011];19(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf

Spinsanti S. Ética biomédica. São Paulo: Paulinas; 1990.

Spiri WC, Berti HW, Pereira MLD. Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde. *Mundo Saúde*. 2006;30(3):448-54.

Stotz EM, Araujo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso [Internet]. *Saúde Soc*. 2004 Ago [acesso em 18 Set 2011];13(2):5-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000200002&script=sci_arttext

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p. 89-111.

Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2005 Set;10(3):585-97.

Thaines GHLS, Bellato R, Faria APS, Araújo LFS. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18:466-74.

The Belmont Report. Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012; 1978.

Traverso-Yeppez M, Moraes NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(1):80-8.

Triviños ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Vieira S, Hossne WS. Experimentação com seres humanos. *Ciênc Ensino*. 1997;2:7-9.

Warschauer M, D'urso L. Ambiência e Formação de Grupo em Programas de Caminhada. *Saúde Soc*. 2009;18(2 Supl):104-7.

Wolpe PW. The triumph of autonomy in American bioethics: a sociological view. In: Devries R, Subedi J, editors. *Bioethics and society: sociological investigations of the enterprise of bioethics*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall; 1998. p. 38-59.

Zoboli ELCP. *Bioética e atenção Básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Zoboli ELCP. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(1):21-7.

Zoboli ELCP. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(3):316-20.

Zoboli ELCP, Martins CL, Fortes PAC. O Programa Saúde da Família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. *Manual de Enfermagem*. Brasília (DF): Ministério da Saúde / Universidade de São Paulo; 2001. p. 47-50.

Zoboli ELCP, Pegoraro PBB. Bioética e Cuidado: o desafio espiritual [Internet]. *Mundo Saúde*. 2007 Jun [acesso em 4 Mar 2012];31(2):214-24. Disponível em: http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/53/09_bioetica_e_cuidado.pdf

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP e SMSSP **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**OF.COEP/154/10**

30 de junho de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, em sua **5ª/10 Sessão Ordinária**, realizada em **25/06/2010**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2128**, intitulado **"AS PERCEPÇÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO E AÇÕES HUMANIZADORAS DE TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE UNIDADES SAÚDE FAMÍLIA (SF) E ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL (AMA)"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do pesquisador **Antonio Ferreira Seoane** e orientação do Professor **Paulo Antonio de Carvalho Fortes**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Titular**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP**

Ilm.º Sr.
Prof. Tit. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP 01246-904 – São Paulo – SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | CPQ@FSP.USP.BR | WWW.FSP.USP.BR

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

Page 1 of

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0107.0.162.207-10	
Projeto de Pesquisa As percepções sobre humanizações e ações humanizadoras de trabalhadores dos serviços de saúde de unidades Saúde da Família (SF) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA).			
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 00429237863	Pesquisador Responsável ANTONIO FERREIRA SEOANE		Assinatura <i>P.P. Simone R. Spina</i>
Comitê de Ética <i>Trs</i>			
Data de Entrega 19/07/2010	Recebimento: <i>M. Beatriz Graciano Abrantes</i> <i>Assinatura 26100</i> CEP/SMS		

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS
 Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464

São Paulo, 10 de Agosto de 2010
PARECER Nº 281/10 – CEP/SMS
CAAE: 0107.0.162.207-10

Ilmo. Sr.
Antonio Ferreira Seoane

Projeto de Pesquisa: As Percepções Sobre Humanizações e Ações Humanizadoras de Trabalhadores dos Serviços de Saúde de Unidades de Saúde da Família (SF) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA)

Pesquisador Responsável: Antonio Ferreira Seoane

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da USP

Local onde os dados serão coletados: STS Capela do Socorro

I - Sumário geral do Protocolo

O pesquisador discute na sua apresentação aspectos relacionados com a humanização e o desenvolver da ética no atendimento em saúde. Ressalta ainda, aspectos da reforma psiquiátrica o conceito da humanização e o desenvolvimento de ações ligadas a atenção básica em saúde e saúde da família. Faz também um relato a respeito do funcionamento das unidades de assistência médica ambulatorial e o desenvolvimento das ações das organizações sociais.

Justifica a importância do projeto baseando-se na avaliação da percepção de médicos e enfermeiros sobre a humanização e as ações humanizadoras que podem interferir no desenvolvimento e implementação das políticas de humanização.

OBJETIVO - Analisar a percepção de médicos e enfermeiros dos serviços de saúde das unidades Saúde da Família (SF) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) quanto à humanização e ações humanizadoras.

Trata-se de estudo qualitativo visando a verificação de um universo de valores de crenças e de significados os quais não podem ser quantificados, trata-se também de um estudo exploratório que visa proporcionar uma visão geral de um determinado fato.

Serão entrevistados médicos e enfermeiros dos serviços de saúde de unidades da Saúde da Família e Assistência Médica Ambulatorial.

A coleta dos dados será feita por meio de entrevistas com questões abertas, mediante um roteiro inicial.

II – Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida. O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. O Orçamento detalhado está adequado e informa que o pesquisador arcará com os custos. O cronograma da pesquisa indica que a coleta de dados terá início em Outubro/2010. Há tratamento adequado dos dados/informações.

A metodologia é adequada aos objetivos e impõe condição de risco mínimo ao sujeito da pesquisa. Não há grupos vulneráveis envolvidos. Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos permitindo uma decisão consciente. Permite a saída do sujeito sem prejuízo de seus cuidados.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS
Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464

CAAE: 0107.0.162.207-10

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da Unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

/lm

Anexo B – Consentimento Institucional para a realização da pesquisa

40

Anexo 2 –

Termo de Autorização

Ilmo (a). Sr (a):

Supervisora Técnica de Saúde da Capela do Socorro

Dra. Elcodora da Fonseca Felice

Prezada Senhora:

Sou aluno do curso de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP e estamos desenvolvendo um estudo intitulado: *As percepções sobre humanização e ações humanizadoras* de trabalhadores dos serviços de saúde das unidades Saúde da Família (SF) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA). Para tanto, gostaríamos de entrevistar trabalhadores (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e auxiliares administrativos) de unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), Supervisão da Capela do Socorro.

Para todos os participantes apresentaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que os mesmo sintam-se, após esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, livres para consentirem voluntariamente em sua participação. A todos será assegurado o sigilo das informações, o direito a recusar ou desistir da pesquisa a qualquer momento. Os resultados da pesquisa serão apresentados às unidades participantes, à SMS e por meio de discussões, congressos e publicações.

Assim, gostaríamos de solicitar sua autorização para desenvolvermos o estudo, sendo que o mesmo será agendado de maneira a não prejudicar o atendimento aos usuários.

Sem mais,

Atenciosamente,

 Antonio Ferreira Seoane

Pesquisador Responsável

 Dr. Antonio Seoane
 CROSP 30923

Autorizo a pesquisa: _____

Assinatura

 Dra. Elcodora Fonseca Felice
 RF 613.187.500
 Sup. de Saúde Cap. do Socorro

Anexo C – Termo de responsabilidade do pesquisador

(Anexo II)

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, Antonio Ferreira Seoane, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: As percepções sobre *humanização e ações humanizadoras* de trabalhadores dos serviços de saúde de unidades Saúde da Família (SF) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA), assumo a responsabilidade de comunicar imediatamente às Instituições: Associação Saúde da Família e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, toda e qualquer complicação ocorrida durante a realização do referido projeto que coloque em risco o voluntário ou bens incluídos neste trabalho de pesquisa. Responsabilizo-me, igualmente, a acompanhar as diligências necessárias à imediata e integral assistência aos voluntários participantes ou à reposição ou restauração de bens eventualmente danificados durante a pesquisa.

São Paulo, 20 de maio de 2010.

Antonio Ferreira Seoane
Pesquisador

Dr. Antonio Seoane
CR08P 30023