MARISTELA SANTINI MARTINS

**VIVÊNCIA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE RELATIVA AOS DIREITOS DOS
PACIENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

**São Paulo
2015**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.

ASSINATURA: _____ DATA: __/__/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Martins, Maristela Santini

Vivência de profissionais da atenção primária à saúde relativa
aos direitos dos pacientes / Maristela Santini Martins. São
Paulo, 2015.

250 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Komatsu Braga
Massarollo

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de
Gerenciamento em Enfermagem e Saúde

1. Atenção primária à saúde. 2. Humanização da
assistência. 3. Direitos do paciente. I. Título.

Nome: Maristela Santini Martins

Título: Vivência de profissionais da Atenção Primária à Saúde relativa aos direitos dos pacientes.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A **Deus**. Sem Ele nada sou e com Ele tudo posso.

Ao meu esposo **Haviley**. Seu amor, paciência e apoio foram fundamentais para a conclusão de mais essa etapa e são essenciais para a minha vida.

Ao meu filho **Gabriel**. 'Enviado por Deus' como prova de que Ele cuida de nós. Sua inteligência me instiga ao constante desenvolvimento intelectual.

À minha filha **Beatriz**. 'A que traz alegria' ao nosso lar. Sua determinação me desafia a adquirir novas habilidades.

À minha filha **Letícia**. 'Alegria plena' invadiu nossa vida com a sua chegada. Sua felicidade me contagia e torna meus dias leves.

Sem vocês nenhuma conquista valeria a pena.

AGRADECIMENTOS

Uma homenagem especial e meu apreço àqueles que contribuíram para mais uma etapa do meu desenvolvimento:

À querida Prof.^a **Cristina Massarollo**, por sua completude, destacando-se a paciência, a dedicação, a moralidade, a justiça e a competência. Continua sendo a pessoa mais ética que conheço.

Aos **Participantes**, por compartilharem suas experiências e dedicarem seu tempo à realização desta pesquisa. O profissionalismo de vocês é inspirador.

À **Cristina Tavares**, por suas palavras de ânimo, seus ensinamentos e, em especial, pela amizade.

Ao Prof. **Paulo Fortes** e à Prof.^a **Regina Faustino**, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos **Diretores do UNASP**, pelo apoio incondicional e incentivo contínuo.

À **CRS-Sul**, à **STSC** e aos Dirigentes do **PSF-UNASP**, por acreditarem no projeto que lhes foi apresentado e viabilizarem sua execução.

Às amadas **Elaíni**, **Maitê** e **Vivian Araújo**, por tornarem mais tranquilo o desenvolvimento e a finalização desta tese.

Aos colegas **Coordenadores** de curso, pelo estímulo constante, especialmente, à **Marcia** e ao **Léo**, pelo refúgio hospitaleiro.

Aos prezados **Docentes** e **Alunos** do Curso de Enfermagem do UNASP, por tantos momentos de apoio.

À D. **Elza**, por colaborar no cuidado aos meus filhos com tanta dedicação.

Aos meus pais, **Adelir** e **Nair**, que dignamente me ensinaram a importância da família, de uma vida honesta e do trabalho árduo.

À minha irmã **Mariza**, por ser uma inspiração, desde sempre.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo** pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

A todos os **Amigos** que, de alguma maneira, contribuíram para a obtenção desta conquista.

Muito obrigada!

*“Nem sempre a doença está no corpo, muitas vezes está apenas na
ânsia de encontrar um par de ouvidos amigo e uma boca com
silêncio respeitoso”.*

(Participante da Pesquisa)

Martins MS. Vivência de profissionais da Atenção Primária à Saúde relativa aos Direitos dos Pacientes [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), o que inclui o acesso a bens, serviços e direitos. **Objetivo:** Compreender a vivência de profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde relativas aos direitos dos pacientes. **Método:** Pesquisa qualitativa com coleta de dados através de revisão sistemática qualitativa e pesquisa-ação. A revisão seguiu o método da Biblioteca Crochrane, as buscas foram na BVS, PubMed, Cinahl, Base de Teses e Dissertações da USP e Portal de Periódicos da CAPES. Os descritores foram “Atenção Primária à Saúde”, “Direitos do paciente” e outros 17 relativos a direitos específicos. Aplicados os critérios de inclusão, 18 trabalhos foram selecionados. O método da pesquisa-ação foi o de Thiollent. Foram analisados os direitos dos pacientes requeridos em um serviço público de ouvidoria e os resultados do PMAQ-AB. Posteriormente, foram realizados seis seminários, com a participação de 17 profissionais atuantes na APS. **Resultados:** Na literatura, foram encontrados nove direitos descritos: acolhimento, integralidade, equidade, privacidade, confidencialidade, humanização, autonomia, acesso e direito à saúde. No serviço de ouvidoria os direitos requeridos foram: acesso a bens e serviços (62,4%), qualidade dos serviços (36,9%) e infraestrutura adequada (0,6%). Os participantes entendem por direito do paciente assegurar o seu bem estar físico, mental e social, respeitar e atender suas necessidades, possibilitar acesso aos bens e serviços de saúde, dispensar atendimento individualizado. Os profissionais apontaram o desconhecimento e desrespeito aos direitos pelos próprios pacientes e pelos profissionais; a desumanização nos serviços de saúde; o

excesso de burocracia; o sistema de saúde fragmentado e pouco resolutivo; problemas relacionados a alfabetização, educação em saúde e informações prestadas pelo governo e, ainda, a falhas no sistema e programas de saúde, como dificultadores para o respeito aos direitos dos pacientes. Como experiências que colaboram para o respeito aos direitos, citaram a implantação do NASF, do PMAQ-AB e de alguns programas governamentais, os investimentos na capacitação profissional e na infraestrutura das UBS e a intersetorialidade. Quanto a humanização na APS, houve concordância quanto aos conceitos propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH) e acreditam que a maioria dos pressupostos funciona na prática, havendo alguns que precisam ser fortalecidos. Durante os seminários, houve troca e reconstrução de saberes; ampliação do conhecimento sobre o tema e tomada de consciência sobre o respeito aos direitos. Os participantes relataram que a participação nos seminários produziu mudanças positivas na prática profissional, passaram a agir de forma mais humanizada e com mais empatia; incorporaram à assistência maior responsabilidade pelo paciente, resolutividade e engajamento na defesa dos direitos, e a reflexão passou a fazer parte do processo de trabalho. **Conclusão:** O processo reflexivo vivenciado pelos participantes promoveu mudanças positivas na postura dos profissionais, na perspectiva que eles tinham em relação aos usuários e na assistência. Refletir sobre sua prática afasta o profissional da atuação tecnicista e resulta em humanização da atenção à saúde.

Palavras-Chaves: Atenção Primária à Saúde; Direitos do Paciente; Humanização da Assistência.

Martins MS. Experiences of Health Primary Care professionals regarding Patient Rights [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Health Primary Care (HPC) is the “entryway” to the Unique System for Health (SUS), which includes Access to goods, services and rights. **Objective:** To understand the living experience of professionals working in Health Primary Care regarding patient rights.

Method: Qualitative research with data collection through qualitative systematic review and action research. The review followed the method by Crochrane library, the searches were at BVS, PubMed, Cinahl, USP Thesis Basis and Dissertations and CAPES web portal of scientific journals. Key words were “Primary health care” “patient rights” and 17 other ones related to specific rights. When the inclusion criteria were applied, 18 articles were selected. The action research method was according to Thiollent. Patient rights requested at an ombudsman public service and PMAQ-AB results were analyzed. Subsequently, it was made 6 seminars with the participation of 17 professionals working in HPC. **Results:** In literature, nine rights described were found: welcome, integrity, equity, privacy, confidentiality, humanization, autonomy, access and right to health. At the ombudsman service, the requested rights were: access to goods and services (62.4%), quality of services (36.9%) and proper infrastructure (0.6%). Participants understand as patient right ensuring their physical, mental and social well-being, respecting and attending their needs, enabling access to goods and health services, providing tailored attendance. Professionals pointed out the lack of knowledge and disrespect regarding their rights by patients themselves and by professionals; the dehumanization in health services; the excess of bureaucracy; the fragmented and little decisive health system; problems related to literacy, education in health and information provided by Public Authorities and also failures in the system and health programs

as factors to hinder the respect towards patient rights. As experiences that contribute for the respect of rights, they mentioned the implementation of NASF, PMAQ-AB and some other government programs, investments on professional capacitation and UBS infrastructure, and intersectoriality. Regarding humanization in HPC, there was concordance about the concepts proposed by the National Policy of Humanization (NPH) and the belief that most assumptions work in practice, but some of them need be to reinforced. During seminars, there was an exchange and improvement in knowledge; widening of knowledge on the topic and awareness of the respect to their rights. Participants reported that seminars produced positive changes in their professional performance: they started to act in a more humanized and sympathetic way; they incorporated more responsibility for the patient on care, problem-solving and commitment in defending their rights, and integrated reflection in the process of work. **Conclusion:** The reflexive process lived by participants promoted positive impact in their professional attitude, in their perspective regarding users and care. Reflecting on their practice keeps them away from a “mechanical” work and results in humanization of attention in health.

Keyword: Primary Health Care; Patient Rights; Humanization of Assistance.

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente(s) Comunitário(s) de Saúde

AE: Auxiliar de Enfermagem

AES: Auxiliares de Enfermagem

APS: Atenção Primária à Saúde

ATA: Auxiliar Técnico Administrativo

ATAS: Auxiliares Técnico Administrativo

CEM: Código de Ética Médica

CEPE: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

CF: Constituição Federal

CFM: Conselho Federal de Medicina

CG: Conselho Gestor

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

DUDH: Declaração Universal dos Direitos Humanos

EqSF: Equipe de Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

ONU: Organização das Nações Unidas

PNH: Política Nacional de Humanização

PSF-UNASP: Programa Saúde da Família - UNASP

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNASP: Centro Universitário Adventista de São Paulo

UNESCO: Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 EVOLUÇÃO DA DEFESA DOS DIREITOS DOS PACIENTES	24
2 OBJETIVO	31
3 MÉTODO	35
3.1 MÉTODO DA REVISÃO DA LITERATURA	35
3.1.1 Questão da revisão	35
3.1.2 Descritores e delineamento da busca	36
3.1.3 Seleção de estudos e coleta de dados	37
3.1.4 Avaliação crítica dos estudos incluídos evitando vieses	38
3.1.5 Apresentação e interpretação dos resultados e conclusão	38
3.2 MÉTODO DA PESQUISA QUALITATIVA	39
3.2.1 Cenário do Estudo	41
3.2.2 Participantes do estudo	42
3.2.3 Método da Pesquisa-ação	42
3.2.4 Análise dos dados	50
3.2.5 Aspectos éticos.....	51
4 METASSÍNTESE QUALITATIVA.....	55
4.1 DIREITO AO ACOLHIMENTO	56
4.2 DIREITO À INTEGRALIDADE EM SAÚDE	57
4.3 DIREITO À EQUIDADE	58
4.4 DIREITO À HUMANIZAÇÃO.....	58
4.5 DIREITO À PRIVACIDADE	60
4.6 DIREITO À CONFIDENCIALIDADE/SIGILO	60
4.7 O ACESSO COMO UM DIREITO.....	61
4.8 O DIREITO À SAÚDE	62
4.9 O DIREITO À MANIFESTAÇÃO DA AUTONOMIA	62

5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	65
5.1 MODELO PRINCIPALISTA.....	66
5.2 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	69
5.3 ÉTICA PROFISSIONAL	71
6 RESULTADOS.....	75
6.1 RESULTADOS ALCANÇADOS NO PMAQ-AB	78
6.2 DIREITOS REQUERIDOS PELOS PACIENTES NO SERVIÇO DE OUVIDORIA	79
6.2.1 Acesso a bens e serviços	80
6.2.2 Qualidade dos serviços de saúde	81
6.2.3 Infraestrutura	81
6.3 DIREITOS DOS PACIENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	82
6.3.1 Entendimento dos profissionais sobre ‘Direitos dos Pacientes’	82
6.3.2 Deveres dos pacientes para alcançar seus direitos..	85
6.3.3 Deveres dos profissionais para garantir o atendimento aos direitos dos pacientes.....	91
6.3.4 Direitos dos pacientes discutidos pelos participantes da pesquisa.....	95
6.4 PROBLEMAS PARA O RESPEITO AOS DIREITOS DOS PACIENTES NA APS E PROPOSIÇÃO DE SOLUÇÕES	112
6.4.1 Desconhecimento dos direitos dos pacientes.....	112
6.4.2 Desrespeito aos direitos dos pacientes	114
6.4.3 Desumanização nos serviços de saúde	116
6.4.4 Burocracia em demasia	119
6.4.5 Sistema de saúde fragmentado e pouco resolutivo	125
6.4.6 Problemas relacionados à alfabetização	132
6.4.7 Deficiências na educação em saúde.....	133
6.4.8 Problemas relacionados à informação	136
6.4.9 Falhas no sistema e programas de saúde.....	141
6.5 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NA APS RELATIVAS AOS DIREITOS DOS PACIENTES.....	142
6.5.1 Implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família	143

6.5.2 Intersectorialidade.....	145
6.5.3 Melhorias na Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.....	145
6.5.4 Investimento na capacitação profissional.....	147
6.5.5 Programas governamentais funcionais.....	148
6.5.6 Implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica	151
6.5.7 Dedicção dos Profissionais	152
6.6 HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	153
6.6.1 Percepção dos profissionais quanto às proposições e concretização da PNH	153
6.6.2 Humanização na APS segundo os Auxiliares Técnico-Administrativos	155
6.6.3 Humanização na APS segundo os Auxiliares de Enfermagem.....	160
6.6.4 Humanização na APS segundo as Enfermeiras.....	166
6.6.5 Humanização na APS segundo os Agentes Comunitários de Saúde.....	171
6.6.6 Humanização na APS segundo os Médicos.....	175
6.6.4 Humanização dos Profissionais da APS	182
6.7 VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS RELATIVA AOS DIREITOS DOS PACIENTES NA APS	184
6.7.1 Experiência de participação nos seminários	185
6.7.2 Tomada de consciência através do processo reflexivo	188
6.7.3 Impacto do processo reflexivo na prática profissional	191
6.7.4 Aspectos a serem mais bem explorados	194
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	197
7.1 DIREITOS DOS PACIENTES NA APS	199
7.2 HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	205
7.3 PROBLEMAS ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS PARA O RESPEITO AOS DIREITOS DO PACIENTE NA APS	210

7.4 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS RELATIVAS AO RESPEITO AOS DIREITOS DOS PACIENTES NA APS	217
7.5 VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA APS RELATIVA AOS DIREITOS DOS PACIENTES.....	220
8 CONCLUSÃO	225
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	229
APÊNDICES E ANEXOS	239

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Os direitos podem ser estudados sob duas óticas, a legal e a moral. Os direitos legais resultam de atos normativos formais do Estado, tais como, a Constituição Federal (CF), leis e normas do poder Executivo; enquanto que os direitos morais existem independentemente da formalização jurídica e derivam de prerrogativas justificáveis (Beauchamp, Childress, 2011).

Os direitos morais podem ser estudados sob a perspectiva da bioética e dos direitos humanos, que primam pelo respeito à dignidade e pela proteção dos direitos humanos, garantindo o respeito pela vida e pelas liberdades humanas fundamentais. Nessa concepção, o bem estar do indivíduo deve prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade (Oliveira, 2011; Organização das Nações Unidas, 1948; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2005).

No Brasil, os direitos sociais dos cidadãos foram legalmente assegurados com a promulgação da Constituição Federal (CF), em 1988. Foram estabelecidos os direitos básicos à liberdade de crença e consciência, saúde, educação, moradia, trabalho, lazer, segurança, transporte, previdência e assistência em todas as fases da vida (Brasil, 1988). Agregado a isso, o Brasil corrobora com pactuações internacionais de proteção aos direitos humanos, tais como, a Declaração Universal sobre os Direitos do Homem, emitida pela Organização das Nações Unidas (ONU) em (1948) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos adotada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em (2005), entre outros.

Para atender as demandas específicas da saúde criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde (APS), que atende, prioritariamente, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 1990). Assim,

o indivíduo acessa bens e serviços que lhe garantem promoção, proteção, recuperação da saúde e o atendimento aos seus direitos, enquanto usuário dos serviços de saúde.

1.1 EVOLUÇÃO DA DEFESA DOS DIREITOS DOS PACIENTES

A defesa das pessoas individualmente ganhou evidência, com a promulgação, pela ONU, em dezembro de 1948, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que reza que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”. Assegura, ainda, o direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal, garantindo que, independentemente de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política, nacionalidade, condição social e econômica, ou qualquer outra condição, toda pessoa tem capacidade de gozar seus direitos (ONU, 1948).

O atual campo de defesa do paciente tem suas raízes no movimento dos direitos do paciente na década de 1970. Esse período foi conhecido como a ‘década do direito’. A “inspiração” inicial para a proteção dos direitos dessa classe de pessoas veio de uma organização de defesa social, nos Estados Unidos, a *National Welfare Rights Organization* que, em 1970, em associação com a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* publicou um documento listando os direitos dos pacientes (Pessini, Barchifontaine, 2007).

Três anos depois, a Associação Americana de Hospitais adotou a *Patient’s Bill of Rights* (Carta dos Direitos dos Pacientes), que garantia ao usuário o direito de receber informações sobre seu diagnóstico, tratamento e estado de saúde; de opinar sobre sua terapêutica; de ter resguardada a sua privacidade e confidencialidade; a não ser sujeito de pesquisa sem seu consentimento, entre outros (*American Hospital Association*, 1973).

Na Europa, o movimento em defesa dos direitos dos pacientes, também ocorreu na mesma década. Em 1979, a Comunidade Econômica Europeia elaborou a 'Carta do Doente Usuário de Hospital'. O documento garantiu os direitos do paciente hospitalizado à autodeterminação, a aceitar ou recusar procedimentos diagnósticos e tratamentos propostos, além da obrigatoriedade dos profissionais de fornecerem informações aos pacientes sobre seu estado de saúde. Cinco anos depois, o Parlamento Europeu ampliou os direitos e o enfoque, para não apenas o âmbito hospitalar e adotou a 'Declaração de promoção dos direitos dos pacientes na Europa'. Um dos direitos incluídos foi o de o paciente poder acessar o seu prontuário livremente (*Committee of the European Economic Community, 1979; World Health Organization, 1994*).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os direitos dos doentes variam em diferentes países e em diferentes jurisdições, dependendo dos padrões culturais e sociais. Assim, muitos países implantaram declarações de direitos dos pacientes, como a Bélgica, Hungria, Israel, Dinamarca, Turquia, Lituânia, Malásia, Reino Unido e outros (*World Health Organization, 2013*).

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, foi determinado que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado (Brasil, 1988). Posterior à CF, foram promulgadas leis e estabelecidas políticas que reforçam os direitos e determinam estratégias para assegurar que todos os cidadãos brasileiros possam acessá-los, inclusive, às ações e serviços de saúde que necessite.

Posteriormente, outras leis e políticas surgiram para assegurar os direitos sociais e de saúde de populações específicas, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o Estatuto do Idoso e o Estatuto da Criança e do Adolescente, as leis sobre Captação e transplante de órgãos e tecidos, as leis que criaram o SUS e garantiram a efetiva participação social na tomada de decisão sobre questões de saúde, entre outras. Apesar de não ser o objetivo

principal, todas possuem, intrinsicamente, o objetivo de garantir os direitos do indivíduo enquanto usuário das ações e serviços de saúde (Brasil, 1990a; 1990b; 1990c; 2003; 2006a).

Até o surgimento dessas leis, no Brasil, era garantido o direito à saúde, porém, não existiam leis específicas de proteção aos usuários de ações e serviços de saúde. A partir daí, iniciativas nos âmbitos federal, estadual e municipal foram tomadas no sentido de reforçar, com alguma especificidade, os direitos dos usuários.

Com esse objetivo específico, em 2006, foi elaborada pelo Ministério da Saúde a 'Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde', que foi atualizada em 2011. Trata-se de uma espécie de cartilha que discorre sobre os direitos e deveres dos usuários dos serviços de saúde. Especifica que todo cidadão tem direito, ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; ao tratamento adequado e efetivo para seu problema; ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; ao atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; todo cidadão tem, também, responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada (Brasil, 2011a).

Tramita na Câmara dos Deputados em Brasília (DF), desde 2007, o Projeto de Lei n. 22 que estabelece o Código Nacional de Direitos dos Usuários das Ações e dos Serviços de Saúde e dá outras providências. Após várias análises e vencimento de prazos para vistas, permanece sem aprovação, mantendo a ausência de uma lei Nacional específica de proteção aos pacientes (Brasil, 2007).

O Estado de São Paulo é um dos pioneiros na aprovação de lei específica para defesa dos direitos dos pacientes. Em 1995, os direitos dos usuários foram assegurados através do 'Código de Saúde do Estado de São Paulo', que assegurava ao paciente o poder de decidir livremente sobre as condutas, através de um esclarecimento prévio sobre as possibilidades de métodos diagnósticos e tratamentos disponíveis, o direito de ser tratado com respeito, a privacidade, e confidencialidade, entre outros. No mesmo ano, foi emitida pelo

Conselho de Saúde do Estado de São Paulo, a ‘Cartilha dos Direitos do Paciente’, esclarecendo aos usuários, os maiores interessados no assunto, a respeito dos seus direitos. Esses documentos foram os precursores para que, em 1999, fosse promulgada no Estado a Lei n. 10.214 que dispõe sobre os ‘Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Estado’, estabelecendo diretrizes para o atendimento e tratamento do indivíduo em todas as esferas de assistência (São Paulo, 1999).

Essa lei garante que são direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, ações e serviços que garantam, a humanização da assistência, através de um atendimento digno, atencioso e respeitoso, chamando o paciente pelo seu nome; poder identificar o profissional responsável por sua assistência, através de crachás legíveis; a privacidade; o sigilo profissional; o respeito aos seus valores culturais; o esclarecimento sobre seu diagnóstico, exames, procedimentos e tratamento, podendo consentir ou recusar sobre eles, de forma livre, voluntária e esclarecida e, ainda, acessar o seu prontuário no momento que julgar necessário; ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada, entre outros direitos (São Paulo, 1999).

Posteriormente, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização, também chamada HumanizaSus, propôs que humanização é a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”, bem como, a manutenção da autonomia desses sujeitos, cada um com seu grau de corresponsabilidade na produção de saúde, o estabelecimento de vínculos solidários, implantação de modelos de atenção e gestão pautados no atendimento das necessidades de saúde de cada indivíduo (Brasil, 2004).

O envolvimento de diferentes sujeitos e o estabelecimento de corresponsabilidades coloca o paciente em uma condição de responsável pela sua condição de saúde e no dever de respeitar os demais usuários e os trabalhadores.

Em se tratando de atenção à saúde, os profissionais exercem papel de facilitadores ou agem como obstáculos para o pleno exercício dos direitos dos pacientes, especialmente, na Atenção Primária à Saúde, que constitui-se como porta de entrada do SUS e onde são iniciados e mantidos vínculos estreitos entre cuidador e assistido. Profissionais que atuam puramente pela técnica, pensando no paciente apenas como objeto do seu trabalho, sem preocupar-se com atos de bondade e respeito, contribuem para o desrespeito aos usuários e a seus direitos.

É dever de todos os profissionais, no dia-a-dia da assistência, conhecer e praticar o respeito aos direitos dos usuários. Atos simples, como fornecer ao paciente uma orientação, de forma clara e compreensível, demonstra-lhe respeito e oferece-lhe a oportunidade de empoderamento, para tomar decisão por si.

Por outro lado, é dever do usuário adotar comportamento respeitoso e cordial com os outros usuários e com as pessoas que trabalham no estabelecimento de saúde (Brasil, 2011a). O respeito mútuo fortalece o vínculo entre usuário e equipe, essencial na APS.

O profissional se encontra como protagonista, como agente gerador da humanização na assistência. Mantendo-se firmemente vinculado aos valores éticos, conhecendo os direitos dos pacientes e considerando o respeito a eles, poderá transformar qualitativamente a atenção à saúde.

Dessa forma, ressalta-se a importância da realização de pesquisas que, não apenas obtenham as opiniões dos profissionais, mas que possibilite a eles a aquisição, a ampliação e a solidificação de conhecimento, bem como, contribua para a produção de novos conhecimentos, aplicáveis à APS.

Para a realização deste estudo, adentrou-se na prática de profissionais da APS, proporcionando troca de experiências relacionadas aos direitos dos pacientes, promovendo um processo reflexivo sobre o tema e colaborando na produção novos conhecimentos.

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

Compreender a vivência de Profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde relativa aos direitos dos usuários.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. Inicialmente, realizou-se uma metassíntese qualitativa. A etapa seguinte aconteceu através de uma pesquisa-ação envolvendo profissionais da Atenção Primária à Saúde.

3.1 MÉTODO DA REVISÃO DA LITERATURA

Para o desenvolvimento da revisão sistemática foram seguidos os passos recomendados pela Biblioteca Cochrane, que são: a) definição clara da questão da revisão; b) escolha dos descritores e busca exaustiva dos estudos, incluindo várias fontes de localização e identificação dos estudos; c) seleção de estudos e coleta de dados; d) avaliação crítica dos estudos incluídos evitando vieses; e) análise de dados e realização de análise; f) apresentação dos resultados e g) interpretação dos resultados e conclusões (Higgins, Green, 2011).

3.1.1 Questão da revisão

O problema de pesquisa foi organizado a partir da estratégia PICO, sendo “P” para paciente ou população, “I” para intervenção ou área de interesse e “Co” para contexto: **P** – Profissionais e usuários; **I** – Compreensão sobre os Direitos dos Pacientes; **Co** – Atenção Primária à Saúde na realidade brasileira.

Com esses componentes foi elaborada a seguinte questão: “Qual a compreensão de profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde sobre os direitos do paciente na realidade brasileira?”.

3.1.2 Descritores e delineamento da busca

A escolha dos descritores foi baseada nos artigos da lei 10.241/99 que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo (São Paulo, 1999), conforme demonstrado no apêndice 1.

Foram escolhidos 19 descritores e uma palavras-chave. Foi tomado como base o descritor “Atenção primária a saúde”, com o qual todos os demais foram cruzados nas buscas, sendo: “direitos do paciente”, “direito à saúde”, “acesso universal a serviços de saúde”, “equidade em saúde”, “humanização da assistência”, “comunicação sigilosa”, “consentimento livre e esclarecido”, “acesso dos pacientes aos registros”, “registros de saúde pessoal”, “registros de enfermagem”, “registros médicos”, “privacidade”, “segurança do paciente”, “acompanhantes de pacientes”, “autonomia pessoal”, “direito a morrer”, “tomada de decisões”, “recusa do paciente ao tratamento”.

A palavras-chave escolhida para complementar a busca foi “conhecimento”.

As bases de dados foram selecionadas com orientação de bibliotecário e foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Public Medline* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os descritores foram adaptados para cada base, para o PubMed foi utilizado o *Medical Subject Headings* (MeSH), para o CINAHL o termo CINAHL, para as Bases da USP, CAPES e BVS os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

As buscas foram realizadas utilizando conjuntamente o descritor “Atenção Primária à Saúde” com todos os descritores e a palavra-chave relacionados acima e, ainda, em conjunto com o descritor “direitos do paciente” e a palavra conhecimento. Apesar de

‘conhecimento’ existir como um descritor optou-se em utilizá-lo como palavra para ampliar a busca.

3.1.3 Seleção de estudos e coleta de dados

A avaliação da elegibilidade dos estudos ocorreu através da aplicação dos seguintes critérios de inclusão:

- Resultados de pesquisas publicados entre 2003 e 2014.
- Trabalhos que discutam/retratem a realidade brasileira, excluindo-se estudos sobre populações específicas;
- Pesquisas que envolvam trabalhadores e/ou usuários dos serviços de saúde;
- Artigos que apresentem método compatível com rigor científico.

Foram excluídos estudos sobre direitos de populações específicas, tais como, pessoas indígenas, portadores de doenças crônicas com legislação específica, usuários de drogas, portadores de doenças mentais, entre outros. O intuito dessa pesquisa foi discutir os direitos dos pacientes de forma universal.

A primeira seleção foi realizada através da aplicação do filtro de recorte temporal e eliminados os publicados antes de 2003. Posteriormente, foi investigado nos descritores de assunto e excluídas todas as pesquisas realizadas em outros países. Na sequência, através da leitura dos resumos, buscou-se no método a participação de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Até esse ponto o processo de seleção aconteceu por um único pesquisador.

Para confirmar a elegibilidade dos estudos para a revisão, a segunda seleção foi realizada por dois avaliadores em separado, que fizeram a leitura dos títulos resumos e, em caso de dúvida, do artigo por completo, reservando sua opinião sobre a inclusão ou exclusão do estudo. Após essa etapa, ambos se reuniram e discutiram sobre

cada pesquisa, alcançando consenso de 18 trabalhos eleitos. O apêndice 2 apresenta um quadro com um resumo de cada um deles.

Para confirmar o rigor científico, todos os trabalhos eleitos foram avaliados pelo 'Guia de Leitura de Estudos Qualitativos', proposto por Sandelowski e Barroso, (2003) e constante no anexo 1.

Em posse dos trabalhos eleitos foi realizada a leitura e releitura dos artigos na íntegra e iniciada a extração dos dados. Para isso, foi utilizada a "Ficha para extrair informações de artigos para Revisão Sistemática", adaptada por Zoboli e Schveitzer, (2013), e apresentada no anexo 2.

3.1.4 Avaliação crítica dos estudos incluídos evitando vieses

Para evitar vieses na revisão, os estudos foram avaliados criticamente por dois avaliadores, independentemente, parametrizados pela questão norteadora da pesquisa e pelos critérios de inclusão estabelecidos e utilizando os instrumentos já consagrados pela literatura, citados anteriormente.

3.1.5 Apresentação e interpretação dos resultados e conclusão

Para o agrupamento e apresentação dos resultados, utilizou-se a técnica proposta por Sandelowski, Docherty e Emden, (1997), onde faz-se a síntese dos resultados de pesquisas de diferentes investigadores, agregando-as com análise comparativa qualitativa,

A interpretação dos resultados se deu através de uma metassíntese qualitativa, que é uma síntese interpretativa de dados. Tal método vai além da soma das partes, pois oferece uma nova interpretação dos resultados, que são inferências derivadas dos artigos como um todo (Lopes, Fracolli, 2008).

3.2 MÉTODO DA PESQUISA QUALITATIVA

A segunda etapa da pesquisa consistiu de uma abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação. Essa abordagem assume um caráter aberto e flexível, possibilitando mudança no cenário da pesquisa e contribuindo para o campo da saúde com novas proposições de ação.

A escolha pelo método qualitativo se deu por ele “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais”, possibilitando construções humanas significativas (Minayo, 2013:22).

Como este estudo se propõe a compreender a vivência de profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde em relação aos direitos dos pacientes, cabe esclarecer a relação entre vivência e experiência.

A experiência diz respeito ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza. Através da experiência, o indivíduo compreende a si mesmo e ao seu significado no mundo da vida. É a partir dessa ontologia que ele se abre para entender os outros e o mundo. Entretanto, a apresentação da experiência pela linguagem não traz a experiência pura, pois os fatos vêm interpretados onde o narrado e o vivido por si estão entranhados na e pela cultura, precedendo à narrativa e ao narrador (Minayo, 2010).

A vivência, por sua vez, é produto da reflexão pessoal sobre a experiência vivida. Embora a mesma experiência possa ter sido vivida por vários indivíduos, do mesmo grupo, da mesma família, a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, de sua história de vida e de sua participação na história. Embora pessoal, toda vivência tem como base os elementos do coletivo em que o indivíduo vive e as condições em que ela ocorre (Minayo, 2010).

Um dos verbos principais da análise qualitativa é compreender, que consiste na habilidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar o entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a individualidade do sujeito, mas, também, é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem na esfera coletiva e são contextualizadas pela cultura do grupo em que ela se insere. Nesse sentido, é importante que o narrador seja o indivíduo e o grupo, assim, ao mesmo tempo pode-se entender o mundo como experiência, articulada com a experiência do outro (Minayo, 2012).

O poeta português Fernando Pessoa, em um de seus poemas, narra uma situação onde se pode, segundo Minayo (2010), perceber a complexidade, a sutileza e a delicadeza de ver, ouvir, observar e compreender a vivência pessoal e coletiva. Apesar de o autor ser um poeta e não um cientista, suas reflexões têm uma enorme importância para o entendimento de alguns termos estruturais da pesquisa qualitativa, tais como, a experiência e a vivência. Diz o poeta:

Encontrei hoje em ruas, separadamente, dois amigos meus que se haviam zangado. Cada um me contou a narrativa de por que se haviam zangado. Cada um me disse a verdade. Cada um me contou as suas razões. Ambos tinham razão. Ambos tinham toda a razão. Não era que um via uma coisa e outro outra, ou um via um lado das coisas e outro um lado diferente. Não: cada um via as coisas exatamente como se haviam passado, cada um as via com um critério idêntico ao do outro. Mas cada um via uma coisa diferente, e cada um, portanto, tinha razão. Fiquei confuso desta dupla existência da verdade (p. 252).

O indivíduo constrói a si mesmo, sente e pensa a partir das interpretações que faz de suas experiências e, assim, constrói sua história e suas relações, representações, crenças, percepções e opiniões. O método qualitativo é o que melhor se aplica para estudar tais fenômenos e se conforma melhor ao estudo de grupos e segmentos delimitados (Minayo, 2013).

3.2.1 Cenário do Estudo

A escolha pela Atenção Primária à Saúde (APS) deu-se por ela constituir o primeiro nível de atenção à saúde, por ser a porta de entrada dos serviços de saúde, oferecendo continuidade do cuidado através da formação de vínculos entre o usuário e o serviço (Starfield, 2002).

O Setor do Governo que responde pela APS é o Departamento de Atenção Básica (DAB), que a define como “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, a redução de danos e a manutenção da saúde” (Brasil, 2012a, p. 19).

A Atenção Primária considera o sujeito em sua integralidade como ser singular, na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, bem como, a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável. Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária (Brasil, 2012a).

O atendimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) é feito pela equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e é realizado na Unidade Básica de Saúde e no próprio domicílio do usuário.

No Município de São Paulo, a ESF é efetivada através de parcerias entre a Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) e instituições de educação e saúde. O Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP) é parceiro da PMSP, na administração de 12 Unidades Básicas de Saúde. Através do PSF-UNASP atende uma população total de 277.091 pessoas cadastradas em 75 equipes de saúde da família no distrito do Capão Redondo, extremo da Zona Sul da Cidade, que foi o cenário desse estudo.

3.2.2 Participantes do estudo

Vinte pessoas concordaram em participar do estudo, entretanto uma delas nunca compareceu e outras duas participaram de um encontro e comunicaram que não compareceriam mais. Finalizando, dessa forma, com 17 participantes.

Dentre os 17 participantes, 13 são membros da Equipe de Saúde da Família e estão assim distribuídos: três enfermeiros, três médicos, quatro auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. Participaram, ainda, quatro auxiliares técnicos administrativos (ATAS), pois são eles que, rotineiramente, realizam o primeiro atendimento dos pacientes, quando esses procuram o serviço de saúde.

3.2.3 Método da Pesquisa-ação

Dentro da perspectiva crítica da pesquisa, o diálogo e a discussão entre profissionais da saúde e pesquisadores devem ser uma constante, o método condizente com o objeto e objetivo desta pesquisa é a pesquisa-ação.

Para Thiollent (2005), essa modalidade de pesquisa ativa agrega vários métodos e técnicas de pesquisa desenvolvidas de forma coletiva, definindo-a como:

Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (p. 16).

A ênfase da pesquisa-ação pode ser dada a um dos três aspectos: resolução de problemas, tomada de consciência ou produção de conhecimento, podendo vir a alcançá-los simultaneamente (Thiollent, 2005). Nesta pesquisa, trabalhou-se com os três aspectos: levantamento de problemas e proposição de soluções, tomada de consciência através do processo reflexivo

preconizado pelo estudo da vivência e, finalmente, produção de novos conhecimentos através do resultado das discussões.

O planejamento da pesquisa-ação é flexível, apesar de seguir diversas etapas para sua organização, que são: fase exploratória, concretização do tema e dos objetivos, coleta de dados, processo de aprendizagem com fusão dos saberes formal e informal e produção de novos conhecimentos. As etapas necessariamente não precisam ser ordenadas (Tiollent, 2005).

A **fase exploratória** consistiu em um **diagnóstico inicial** da realidade do campo de pesquisa pelo pesquisador. Nessa fase foram analisados documentos relacionados às 12 UBS administradas pelo PSF-UNASP, tais como, os relatórios da avaliação das Equipes pelo Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que ocorreu no final do ano de 2012, e o conteúdo das reclamações relacionadas a essa área geográfica.

Essa fase do estudo, de caráter exploratório, descritivo e foi realizada através de pesquisa documental, com coleta de dados retrospectivos. Os dados foram obtidos por meio de análise das fichas do serviço de ouvidoria da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP), geradas em 2013.

A Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo (STSCCL) disponibiliza um número de telefone e um e-mail para receber os contatos dos usuários. Um profissional recebe as reclamações e encaminha para o gerente da UBS em questão, que tem 10 dias para posicionar-se a respeito das mesmas.

O horário da coleta foi acordado com a supervisão e o profissional do setor, de modo que não afetasse o bom andamento do serviço.

Durante o ano de 2013, através desses canais, foram recebidas 109 reclamações que foram analisadas, buscando identificar quais direitos os usuários estavam requerendo.

Além disso, a pesquisadora visitou algumas Unidades para conhecer a realidade geral de cada uma delas e participou de um

evento que envolveu todos os profissionais do PSF-UNASP, buscando, através de conversas individuais e em grupo, identificar profissionais interessados no tema proposto para esta pesquisa, bem como, suas expectativas e interesse em participar.

Aos profissionais que manifestaram interesse pelo tema, a pesquisadora convidou-os para participar da pesquisa, explicando detalhadamente os objetivos e a operacionalização da coleta de dados. Esclarece sobre a voluntariedade de participação, a garantia do anonimato das informações, a necessidade de filmagem dos seminários e a publicação de um livro com o conhecimento produzido pelos participantes, conferindo-lhes o crédito da autoria. Foram esclarecidos, ainda, sobre a data e o local do primeiro encontro e outros questionamentos que surgiram sobre a pesquisa. Após o aceite, apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura em duas vias (Apêndice 3).

Um princípio sistematicamente aplicado na pesquisa-ação é o da amostra intencional. Envolve-se um pequeno número de pessoas, escolhidas intencionalmente em função da relevância que elas apresentam em relação ao assunto. Após a composição do grupo iniciaram os encontros, denominados Seminários. O papel do seminário consiste em examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação (Thiollén, 2005),

Foram confeccionados crachás com a identificação de cada participante para que todos pudessem ser tratados pelo seu próprio nome. O crachá foi utilizado em todos os encontros. Foi confeccionado, também, um cartão com o título da pesquisa e os contatos da pesquisadora, que no verso continha um espaço para o agendamento das datas dos encontros. Foram realizados seis seminários.

No **primeiro Seminário** foi revisado o objetivo central da pesquisa e os participantes preencheram um formulário de caracterização com as seguintes informações: nome, sexo, idade, escolaridade e área de formação; tempo de formado, de atuação na

atenção básica e no parceiro PSF-UNASP e uma questão aberta sobre as expectativas individuais em relação à participação na pesquisa.

Para realização do diagnóstico inicial, os participantes responderam por escrito as seguintes questões:

1. O que você entende por 'direitos dos usuários' dos serviços de saúde?
2. Qual é a sua experiência, na condição de profissional, frente à necessidade de respeitar os direitos dos usuários?
3. Quais problemas você enfrenta relacionados ao respeito dos direitos dos usuários?
4. Que experiências exitosas você pode citar relacionadas aos direitos dos usuários?

Na sequência, utilizando a técnica de GVGO (Grupo de Verbalização e Grupo de Observação) foram discutidas as questões anteriores. O GV foi composto por um representante de cada categoria profissional escolhido por seus pares, portanto, cinco indivíduos. Cada um teve dois minutos para expor sua opinião sobre cada questão. Após a última rodada de verbalização foi franqueada a palavra ao GO, composto pelos demais participantes, que sintetizou e complementou as falas do GV. Todos os discursos foram transcritos e pautaram as discussões dos seminários posteriores.

Durante as discussões alguns participantes expressaram não concordar com o termo usuário por lembrar usuário de drogas, outros discordavam do termo cliente, por denotar algo comercial. No fechamento do encontro foi proposto um acordo e, por unanimidade, decidiu-se por utilizar o termo 'paciente'.

Ao final do primeiro seminário foi entregue para cada participante uma pasta contendo cópia da Lei 10.241/99, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo (São Paulo, 1999), e da Carta dos Direitos dos Usuários (Brasil, 2011a), e foram acordadas as datas dos próximos encontros.

Das respostas dadas no formulário de diagnóstico inicial e das proposições do GVGO ocorreu a concretização do tema e a formulação dos objetivos a serem detalhadamente pesquisados nos seminários que se seguiram.

No início do **segundo seminário** foram propostos os objetivos descritos a seguir, que foram validados pelos participantes.

- Discutir sobre os direitos dos pacientes;
- Conhecer os problemas enfrentados pelos profissionais para o respeito aos direitos dos pacientes e propor soluções;
- Conhecer as experiências exitosas da APS relativas aos direitos dos pacientes, debatendo com o resultado do PMAQ;
- Discutir o processo de humanização na APS;
- Avaliar o conhecimento produzido durante os seminários.

No segundo momento, desse mesmo seminário, os profissionais foram divididos em quatro grupos com um representante de cada categoria profissional. Foram entregues, para cada grupo, uma síntese da transcrição do primeiro encontro sobre o entendimento dos participantes sobre os direitos dos pacientes e um envelope com 17 figuras alusivas a algum direito humano ou direito do paciente. Foi solicitado que os grupos discutissem os direitos e escolhessem cinco deles para compartilhar com os demais colegas na discussão geral.

No **terceiro seminário** foram discutidos os problemas enfrentados pelos profissionais atuantes na APS para respeitar os direitos dos pacientes e propostas soluções para cada um deles.

Baseado no diagnóstico inicial, realizado no primeiro seminário, os problemas relatados foram elencados e, ao chegar para o terceiro seminário, cada profissional escolheu sobre quais temas gostaria de discutir, sendo eles:

1. Desconhecimento dos direitos dos pacientes por parte dos próprios pacientes e trabalhadores

2. Burocracia e (des)humanização
3. Problemas relacionados à educação / informação
4. Sistema de saúde fragmentado e não resolutivo e dificuldades de acesso

Os grupos foram montados buscando atender o interesse de cada um e equacionando o número de pessoas. Nesse dia estiveram presentes 16 profissionais, o que possibilitou a montagem de quatro grupos com quatro participantes cada.

Nesse encontro, utilizou-se a técnica de painel integrado, onde os participantes foram divididos em grupos para discutirem os temas propostos. Após o tempo determinado, os grupos foram recompostos, de forma que os novos grupos possuísem um integrante de cada grupo anterior. Cada participante levou para o novo grupo as conclusões e/ou ideias do grupo anterior, havendo possibilidade de todos conhecerem as ideias debatidas pelos demais.

Para essa dinâmica, foi entregue para os profissionais um pequeno papel contendo um número de um a quatro (de acordo com o tema que ele havia escolhido) e uma letra de A a D. Os primeiros grupos foram montados com os números iguais e discutiram o tema escolhido. Após 30 minutos de debate, os grupos foram recompostos e os participantes se agruparam àqueles com letras iguais à sua e passaram a conversar sobre o resultado que cada um trouxe. Para finalizar, aconteceu o Painel Integrado, onde todos os participantes apresentaram o resultado das discussões que mais lhe chamaram a atenção.

No **quarto seminário** o tema debatido foram as experiências exitosas relacionadas ao respeito aos direitos dos pacientes na APS. Inicialmente, foram apresentados os resultados que o PSF-UNASP alcançou na avaliação pelo PMAQ-AB, que foram bastante positivos.

Posteriormente, utilizando o método de painel simples, os participantes foram divididos em grupos aleatórios, escolhidos por eles mesmos, e foi entregue para cada grupo uma síntese do diagnóstico inicial relacionado ao tema proposto para o dia. Foi

solicitado que conversassem sobre as experiências e, se desejassem, acrescentassem outras. Cada grupo escolheu um representante que apresentou as conclusões ao grupo geral.

Ao final foi entregue uma cópia da Política Nacional de Humanização e uma do HumanizaSUS na Atenção Básica, que serviram de referencial para a discussão do encontro seguinte.

No **quinto seminário** foi tratado sobre a humanização na APS. No primeiro momento foi realizada a teorização com textos extraídos da PNH e do HumanizaSUS-AB. Foi trabalhado o conceito de humanização, com enfoque na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, inclusive dos trabalhadores. Além disso, foram expostos os valores que norteiam a PNH, que são a autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade entre os sujeitos, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva.

Posteriormente, no mesmo encontro, os participantes foram agrupados por categoria profissional, sendo solicitado que conversassem se concordavam ou discordavam dos conceitos propostos pela PNH, se os conceitos são reais na prática, se é possível concretizá-los e, se caso fosse possível, se alterariam algum. Após, um representante de cada categoria profissional expôs aos demais participantes as concepções de cada grupo.

O intuito do **sexto seminário** foi conhecer a vivência dos participantes e, para isso, no início do encontro foi realizada uma teorização do que é vivência e experiência. Na sequência, foi entregue, para cada participante, um formulário individual e personalizado contendo o que ele havia pontuado no primeiro encontro como sendo suas expectativas para a realização da pesquisa. Além disso, foi solicitado que ele respondesse por escrito as seguintes perguntas:

- Em que medida suas expectativas iniciais foram alcançadas? Explique.

- O resultado desses seminários superou, em algum aspecto, o esperado? Comente.
- Acredita que algo poderia ter sido mais bem discutido para atender as suas necessidades?
- A vivência “enquanto reflexão sobre a experiência” fez diferença em sua prática profissional?

Após o preenchimento, a palavra foi franqueada a todos os profissionais, quando, então, tiveram a oportunidade de verbalizar sua vivência.

Para o encerramento, foi acordado que, caso necessário, o grupo poderia reunir-se novamente e que a confecção do livro se daria de forma coletiva, através do compartilhamento dos textos via e-mail.

Os seis seminários foram filmados e, em todos eles, foi solicitado que os participantes fizessem anotações sobre o que mais lhe chamasse a atenção durante as discussões, ampliando a coleta de dados.

Durante a realização dos seminários, foi sugerido pelos participantes que fosse realizado um seminário onde o conhecimento produzido pudesse ser difundido para os colegas de trabalho. Foi realizado um contato com a Administração do PSF – UNASP e está sendo programado um Seminário geral para compartilhamento do conhecimento produzido. Foi sugerido, ainda, que fossem produzidos painéis contendo os direitos dos pacientes para serem fixados nos murais das unidades de saúde, os quais estão sendo confeccionados.

Na pesquisa-ação, a aprendizagem ocorre na prática, através das ações investigadas que envolvem produção e circulação de informações, tomada de decisões, supondo a capacidade de aprendizagem dos participantes. Essa capacidade, segundo Thiollent (2005), é aproveitada e enriquecida, já que ocorre aprendizagem individual e conjunta.

Ainda no processo de aprendizagem ocorre uma fusão do saber formal e do saber informal. Os participantes conhecem os problemas e as situações nas quais está vivendo, porém, pode estar

marcado por crenças e tradições. Por outro lado, o conhecimento do pesquisador é sempre incompleto, muitas vezes, por não estar inserido na experiência do grupo. Foram estabelecidas formas de comunicação e intercompreensão, onde o saber formal do pesquisador e o saber prático dos participantes foram fundidos e discutidos dando origem a um novo conhecimento, que será sintetizado e produzido um livro, cuja autoria será atribuída aos participantes.

3.2.4 Análise dos dados

Após a realização dos seminários, os discursos foram transcritos, as anotações digitadas, as imagens analisadas e todo o material foi ordenado e organizado.

Iniciou-se, então, a fase de pré-exploração do material, também, chamada de leitura flutuante. Nessa fase conhece-se o contexto e deixa-se fluir impressões e orientações, o que possibilitou a interação significativa com o material (Bardin, 1977).

Essa interação possibilitou o evidenciamento das unidades de análise temáticas, que são recortes do texto de forma concreta ou contextualizada. Por fim, foram construídas as categorias de análise, que atenderam aos objetivos do estudo e possibilitaram a criação de novos conhecimentos (Bardin, 1977).

Esse processo é denominado de análise categorial temática, que é uma das técnicas da análise de conteúdo. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (Bardin, 1977).

A análise buscou compreender a vivência dos profissionais em relação aos direitos dos usuários, levando-os a um processo reflexivo sobre suas experiências na APS.

O referencial teórico escolhido para análise foi a Bioética. Dentre as diferentes formas de tratar a análise em bioética, duas delas foram selecionadas para compor o referencial de análise dos dados empíricos: o princípalismo e a humanização. A esses, acrescentou-se o enfoque designado por “ética profissional”, e foi pautado nos códigos de ética da enfermagem e da medicina, uma vez que os demais não possuem.

3.2.5 Aspectos éticos

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP e do CEP da PMSP e autorização dos diretores do PSF UNASP.

Esta pesquisa contempla os pressupostos da Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

Os profissionais foram contatados pela pesquisadora, que explicou detalhadamente os objetivos e o método do estudo e a operacionalização da coleta de dados. Esclareceu, também, que os dados não seriam tratados individualmente, mas, que as falas, os problemas levantados, as proposições de solução e a vivência seriam atribuídas ao grupo, garantindo o anonimato das informações. Entretanto, foi esclarecido que, como ao final da pesquisa seria publicado o livro com os novos conhecimentos produzidos pelos participantes, conferindo-lhes o crédito da autoria, não seria possível assegurar o anonimato da participação. Em suma, ao final do estudo, com a publicação do livro, seria possível identificar quem participou, entretanto, não seria identificável a autoria das falas e contribuições individuais. Esses dados constam no TCLE.

Ao estarem esclarecidos sobre a forma de participação na pesquisa, os que aceitaram participar foram convidados a assinarem

ao TCLE em duas vias, uma para a pesquisadora e uma para o participante.

4 METASSÍNTESE QUALITATIVA

4 METASSÍNTESE QUALITATIVA

Utilizando os 19 descritores e a palavra-chave selecionada, as buscas nas bases escolhidas resultaram em 23342 publicações. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, conforme demonstrado na figura 1, foram selecionados 18 para análise.

Figura 1. Fluxograma de seleção das publicações encontradas

Fonte: Autora.

Com base na análise dos dados, foram encontradas as descrições de nove direitos, sendo eles, acolhimento, integralidade, equidade, privacidade, confidencialidade, humanização, autonomia, acesso e direito à saúde.

Os artigos foram selecionados e lidos repetidas vezes na íntegra. Posteriormente, através da ficha para extrair informações de

artigos para Revisão Sistemática (Zoboli, Schveitzer, 2013), os dados primários foram extraídos e classificados segundo sua temática.

4.1 DIREITO AO ACOLHIMENTO

O direito ao acolhimento é um tema que perpassa pelas pesquisas na APS e foi discutido em trabalhos selecionados (Assis, Veríssimo, 2010; Brehmer, Verdi, 2010; Falk et al., 2010; Leite, 2010; Nascimento, Pekelman, 2012; Nery et al., 2011; Zoboli, 2007).

Na literatura, o acolhimento está associado à atenção, a escuta qualificada e a compreensão do indivíduo de forma integral. É caracterizado pelo zelo, respeito, cortesia e diálogo aberto. O que caracteriza um bom acolhimento é a atenção dispensada ao usuário e a solução proposta para a sua demanda (Brehmer, Verdi, 2010; Falk et al., 2010; Leite, 2010; Nascimento, Pekelman, 2012).

O acolhimento não acontece apenas na recepção do usuário no serviço de saúde, está relacionado a postura ética e humanizada do trabalhador em todos os momentos e espaços em que realiza ações de cuidado (Nascimento, Pekelman, 2012). A ausência de qualidade no acolhimento gera insatisfação nos usuários (Nery et al., 2011).

A humanização no acolhimento acontece quando a atenção dispensada aos pacientes não é tecnicizada, quando facilita o acesso e gera sensação de tranquilidade no usuário (Brehmer, Verdi, 2010; Nascimento, Pekelman, 2012).

O acolhimento pode ser reprimido pela deficiência nas condições básicas de receber os usuários respeitando o seu bem privado e suas necessidades particulares (Brehmer, Verdi, 2010).

A estrutura física e a distribuição dos espaços nas unidades de saúde podem propiciar a exposição do paciente, expondo sua privacidade e constituindo um entrave para acolher. Além disso, na prática, o acolhimento pode tornar-se sinônimo de atendimento às urgências, restando menos tempo para os profissionais atenderem as

demandas da UBS de forma mais atenciosa e tranquila (Brehmer, Verdi, 2010).

4.2 DIREITO À INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Integralidade é um termo polissêmico e de difícil definição. É empregado quando se discute políticas de saúde, processo de trabalho, direitos dos pacientes, entre outros. Neste estudo, foram selecionados resultados de pesquisa que tratam a integralidade enquanto direito do usuário.

Nos estudos selecionados, a integralidade está mais associada ao atendimento integral do indivíduo e de suas necessidades. Atender de forma integral compreende perceber o indivíduo como um ser inserido em seu meio social e familiar, incluindo sua história, seu contexto social e sua cultura (Brehmer, Verdi, 2010; Queiróz, Penna, 2011; Seoane, 2012)

A integralidade pode ser alcançada através de boas consultas, onde o profissional ofereça respostas às dúvidas da família, explique sobre o diagnóstico e tratamento e oriente sobre as precauções para evitar que a doença reincida, atendendo suas necessidades (Assis, Veríssimo, 2010; Brehmer, Verdi, 2010).

Atenção integral chega a um conceito próximo ao de cuidado e bom acolhimento, acesso aos serviços e estabelecimento de vínculos são necessários para sua prática (Corrêa et al., 2011; Ogata, Machado, Catoia, 2009; Queiróz, Penna, 2011).

Outra forma de se pensar a integralidade é entendendo-a enquanto trabalho em equipe e, ainda que existam conflitos entre seus membros, todos devem se envolver pelo bem do paciente (Queiróz, Penna, 2011; Seoane, 2012).

O direito à integralidade transcorre por todos os ciclos da vida. Chamou a atenção um trabalho que discute sobre os cuidados no final da vida no âmbito da APS. Discute sobre o direito a morrer no domicílio e as necessidades do paciente, dos familiares e dos

profissionais nesse processo. Cuidar no domicílio exige integralidade na atenção, formação técnica específica, cuidado compartilhado e corresponsabilização. A forma de cuidar integralmente de um paciente em terminalidade de vida é garantindo a ele uma morte digna e sem sofrimento (Queiroz et al., 2013).

É importante o profissional não acreditar que alcançou a integralidade para assim torná-la seu objetivo (Queiróz, Penna, 2011).

4.3 DIREITO À EQUIDADE

O direito ao atendimento traz consigo as condições de acesso e atendimento as demandas. As necessidades de cada paciente são diferentes e o profissional deve saber identificá-las e interpretá-las. A equidade deveria implicar na oportunidade de cada um acessar os serviços de acordo com suas necessidades. A falta de acesso desencadeia a iniquidade (Queiróz, Penna, 2011).

A forma como ocorre o atendimento na maioria dos serviços de saúde, que é o atendimento por ordem de chegada, descaracteriza a complexidade dos problemas, gerando diferenças no atendimento. A busca pela equidade leva os profissionais a avaliarem cada caso com olhar diferenciado, para identificar as demandas por resolução ou encaminhamentos mais urgentes (Lanzoni et al., 2009; Nascimento, Pekelman, 2012).

A equidade mostra-se na prática como um orientador do cuidado e organizador da demanda (Nascimento, Pekelman, 2012).

4.4 DIREITO À HUMANIZAÇÃO

A assistência humanizada na APS está associada ao acolhimento satisfatório do usuário. Ocorre através de atendimento com bom diálogo, que resulta num atendimento satisfatório (Assis, Veríssimo, 2010; Brehmer, Verdi, 2010; Seoane, 2012). Humanização

significa, ainda, uma mudança na forma de trabalhar e também das pessoas agirem (Ogata, Machado, Catoia, 2009).

O trabalho em saúde se humaniza a partir do momento que combine a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade para os usuários e, mesmo com as falhas percebidas, a humanização do atendimento nas práticas desenvolvidas pela APS tem conseguido atingir os objetivos da PNH. Os profissionais consideram que “humanizar as práticas de atenção e de gestão é assumir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva” (Falk et al., 2010).

O excesso de demanda, o número insuficiente de médicos nas unidades, o tempo curto disponível para consulta, sobrecarga de trabalho e uso de termos técnicos que dificultam o entendimento do usuário são apontados como sendo fatores impeditivos à humanização (Assis, Veríssimo, 2010; Gomes et al., 2012; Seoane, 2012). Há ainda uma questão cultural, que permanece ao longo da história e que contribui para a desumanização da saúde, que é a cultura de cuidados em saúde baseado na assistência individual e curativa, onde a população vincula a assistência à saúde à consulta médica (Ogata, Machado, Catoia, 2009).

Nota-se, ainda, que poucos enfermeiros estão preparados para lidar com pontos essenciais da humanização, que são as questões relacionais, comunicação, acolhimento, vínculo e escuta qualificada (Zoboli, 2007).

A humanização acontece quando baseia-se na transformação de cada sujeito, nas concepções sobre saúde e nas ações assistenciais; no aprimoramento de uma escuta qualificada para favorecer a confiança e vínculo do usuário com os profissionais e, também, na garantia do direito à informação como adito à uma saúde humanizada (Assis, Veríssimo, 2010; Brehmer, Verdi, 2010; Zoboli, 2007).

4.5 DIREITO À PRIVACIDADE

A privacidade foi apontada como um problema ético, pois não se restringe somente aos profissionais que tem acesso ao paciente. O enfoque principal é dado à falta de estrutura física adequada das unidades de saúde, às rotinas não padronizadas nas UBS e à dificuldade de manter a privacidade nas consultas realizadas no âmbito domiciliar. A ênfase maior foi dada às questões estruturais das unidades (Brehmer, Verdi, 2010; Silva, Zoboli, Borges, 2006; Zoboli, Fortes, 2004).

A visita domiciliar realizada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família não é vista como invasão da privacidade familiar. No estudo de Seoane e Fortes (2009), cujo tema foi específico sobre a percepção dos usuários sobre privacidade e confidencialidade, não houve, entre as pessoas entrevistadas, qualquer citação de constrangimento em relação a essas visitas. No entanto, percebeu-se nos discursos, que havia dificuldade do próprio serviço de saúde na manutenção da privacidade das pessoas e da confidencialidade das informações.

4.6 DIREITO À CONFIDENCIALIDADE/SIGILO

O destaque quanto à confidencialidade, nos estudos avaliados, foi dado à questão relacionada ao descontrole do acesso às informações do paciente, inclusive, pelos Agentes Comunitários de Saúde que, em geral, são vizinhos dos pacientes e não têm preparo ético para isso. Alguns pacientes, que participaram das pesquisas avaliadas, acreditam que os ACS não precisam saber de todas as informações, outros não veem problema nessa questão, todavia, assumem que, no caso de doenças potencialmente estigmatizantes, só revelariam as informações ao profissional médico ou enfermeiro (Seoane, Fortes, 2009; Zoboli, Fortes, 2009).

Foi encontrada ainda, a dificuldade em manter o sigilo durante as consultas domiciliares que, com frequência, ocorrem junto ou próxima a outros familiares, o que leva ao compartilhamento das informações sobre um dos membros da família com os demais, ou com a presença do ACS, que acaba ouvindo todas as queixas do paciente (Zoboli, Fortes, 2009).

Encontrou-se a situação de que, nem todos os profissionais estão preparados para lidar com as confissões dos usuários, aparecendo frases como a seguinte “eu conto, a médica conta, todo mundo sabe” (Seoane, Fortes, 2009). Fica evidente a necessidade do fortalecimento do vínculo entre os profissionais e os usuários onde haja uma socialização das informações pertinentes, sem expor o que é sigiloso do paciente e a construção do diálogo libertador que pode ser prejudicado por fatores como a falta da prática do direito à confidencialidade (Soratto, Witt, Faria, 2010).

4.7 O ACESSO COMO UM DIREITO

Observa-se que o acesso é um direito amplo dentro do SUS, pois se concretiza desde a entrada no sistema até a obtenção de uma consulta com um médico especialista ou um exame complementar e realização de procedimentos mais complexos (Falk et al., 2010; Silva, Zoboli, Borges, 2006).

Um fator facilitador para acessar os serviços de saúde é o conhecimento dos direitos dos pacientes (Lanzoni et al., 2009; Leite, 2010).

A dificuldade de acesso a exames complementares, a consultas e medicamentos e o atendimento por meio da ordem de chegada foram relatados, por profissionais e por usuários, como um problema para o respeito ao acesso no sistema e, ainda, que existe excesso de burocracia para isso (Gomes et al., 2010; Lanzoni et al., 2009; Leite, 2010; Silva, Zoboli, Borges, 2006).

Um ponto que foi destacado como positivo, relativo ao acesso, é a proximidade das unidades de saúde do domicílio dos usuários (Nery et al., 2011).

4.8 O DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde é considerado como o norteador dos demais direitos. É a partir do conhecimento desse direito que o usuário se vê como um sujeito com poder, que pode atuar dentro do sistema de saúde e buscar os tantos direitos que possui. Tal busca só não ocorre por desconhecimento, ocasionando falha na assistência (Leite, 2010; Soratto, Witt, Faria, 2010).

Uma forma de negação do direito à saúde foi configurada pela contraposição sobre a percepção do paciente quanto ao melhor modo de acolher e o próprio desejo de se sentir acolhido, com as experiências vivenciadas no cotidiano das UBS (Brehmer, Verdi, 2010).

4.9 O DIREITO À MANIFESTAÇÃO DA AUTONOMIA

A manifestação da autonomia do usuário nem sempre é respeitada no SUS, os profissionais relatam que há problemas éticos que consistem em ignorar o usuário como um indivíduo capaz de tomar decisões, onde preferem impor regras ao explicar o porquê dos procedimentos (Silva, Zoboli, Borges, 2006). Por outro lado, ocorre a equivocada consideração de igualdade entre autonomia e independência. Vale lembrar que são coisas distintas, o usuário precisa ser autônomo, mas não independente para fazer suas escolhas (Zoboli, 2007).

O objetivo final do fortalecimento de vínculo na APS seria a responsabilização dos pacientes pela produção de sua saúde e, conseqüentemente, da autonomia da pessoa, o que a coloca no trilho da condução de sua própria vida (Queiróz, Penna, 2011).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo do direito acontece sob perspectivas distintas e sua compreensão funde-se com a ética e a moral. A etimologia e a história permitem que a moral e a ética, sejam vistas como sinônimas, entretanto, é frequente vê-las com conceitos distintos.

A palavra ‘moral’ tem origem no latim, enquanto que o termo ‘ética’ vem do grego, ambas designam os costumes, a condução da vida e as regras de comportamento.

Para Cortina e Navarro (2005), a ética pode ser entendida como a parte da filosofia que se dedica à reflexão sobre a moral. É um saber que pretende orientar as ações dos seres humanos. Enquanto a moral é um saber que oferece orientação para a ação, a ética propõe ações concretas em casos concretos e remonta à reflexão sobre as diferentes morais e diferentes maneiras de justificar racionalmente a vida moral.

De modo geral, a moral está relacionada com a aplicação, o concreto e a ação e a ética com a reflexão sobre as questões fundamentais do agir humano. Ou ainda, a ética refere-se aos questionamentos, à abertura de espírito; enquanto a moral remete ao sistema de normas, faz pensar em hábitos sociais, regras de comportamento, princípios e valores (Durand, 2012).

Entendendo a moral como um conjunto de normas de comportamento, faz-se necessário compreender outro conjunto de regras denominado regras legais. Enquanto as regras morais baseiam-se em convicções próprias, têm abrangência universal, são atemporais e idealistas, as regras legais são de aplicação compulsória, possuem validade restrita ao Estado, podem ser temporais e possuem natureza prática, isso é, exigem uma ação de cumprimento (Durant, 2012).

Beauchamp e Childress (2011) estudam o direito sob essas duas óticas, a legal e a moral, e propõem que os direitos legais

derivam de atos normativos formais do Estado, tais como, a Constituição, leis, normas do poder executivo; enquanto que os direitos morais existem independentemente da formalização jurídica e formam a base para crítica ou justificativa dos direitos legais.

O direito enquanto prerrogativa moral pode ser compreendido, primordialmente, pelo respeito à dignidade humana e proteção dos direitos humanos, assegurando o respeito pela vida e as liberdades fundamentais (UNESCO, 2005).

Neste trabalho, adota-se a concepção de direitos enquanto direitos morais, assegurados pelo respeito à dignidade humana e amplamente discutido pela bioética.

Para fundamentar a discussão e análise dos dados, adotou-se como referencial, a Bioética Principlista e a Humanização. A esses, acrescentou-se o enfoque designado por “ética profissional”, pautado nos códigos deontológicos aprovados pelos conselhos fiscalizadores do exercício de cada profissão.

5.1 MODELO PRINCIPIALISTA

O modelo principlista é a forma de análise bioética mais difundida. Propõe alguns princípios orientadores como referenciais para a discussão das questões éticas: o respeito à autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça. Propõe, ainda, que o relacionamento entre o profissional e o paciente deve ser baseado na veracidade e na fidelidade, respeitando-se a privacidade e a confidencialidade. Seus precursores são os bioeticistas Americanos Tom Beauchamp e James Childress, através a obra *Principle of Biomedical Ethics*, com a primeira edição em inglês publicada 1979. Em português foi lançada a 2.^a edição em 2011, que foi a utilizada nesta pesquisa (Beauchamp, Childress, 2011).

A palavra **autonomia**, derivada do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, governo ou lei), pode ser entendida como o autogoverno, a capacidade de um indivíduo tomar decisão por si

mesmo. John Stuart Mill (1859) estabeleceu um princípio claro para autonomia quando afirmou que “sobre si mesmo, sobre seu próprio corpo e sua mente, o indivíduo é soberano”.

Para o exercício da autonomia, algumas condições são consideradas como essenciais, que são: o esclarecimento, que está relacionado ao indivíduo ter recebido as informações necessárias para a tomada de decisão e tê-las compreendido; a competência, que diz respeito à capacidade de entender e avaliar as informações recebidas, e a liberdade, que se refere à possibilidade de escolher, livre de influência ou pressão para a tomada de decisão (Beauchamp, Childress, 2011).

Dessa forma, a autonomia refere-se à capacidade da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde e seu bem-estar, de acordo com valores, crenças, expectativas e prioridades, livre de coação e manipulação. A tomada de decisão autônoma somente ocorre legitimamente quando o indivíduo recebeu todas as informações pertinentes e as compreendeu, esclareceu dúvidas, e, com liberdade, livre de qualquer pressão, decide o que será feito sobre si mesmo.

No campo da saúde, o paciente poderá consentir ou recusar, de forma livre e esclarecida, as intervenções a serem nele realizadas. Cabe destacar, que o consentimento ou a recusa poderão ser revogados a qualquer instante, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais (Massarollo et al., 2008).

A autonomia não pode ser confundida com independência. Enquanto a autonomia está diretamente ligada a opiniões e escolhas, tem a ver com o livre arbítrio e a capacidade de tomar decisões por si mesmo, a independência tem a ver com a capacidade de o indivíduo realizar tarefas com ou sem auxílio, ou de não poder realizá-las, tem a ver com a aptidão física. Por exemplo, uma pessoa vítima de um acidente automobilístico, com algum grau de paralisação de membros, sem alteração cognitiva, poderá apresentar dependência

para algumas atividades como higiene e alimentação, porém, estará com sua autonomia preservada, podendo decidir sobre si mesmo.

Vale lembrar que não existe uma fórmula ou um limite para se exercer a autonomia, pois depende de inúmeros fatores intrínsecos de cada indivíduo, de seus valores pessoais e culturais e pode mudar de uma pessoa para outra.

Para melhor compreensão, os princípios da **beneficência** e da **não maleficência** serão abordados juntos, já que seus conceitos e práticas podem estar interligados.

A beneficência diz respeito a fazer ou promover o bem, ao dever de sanar males ou danos, requer uma ação, enquanto que a não maleficência comporta o dever de não causar danos a outrem, de não infligir o mal, envolve uma abstenção (Beauchamp, Childress, 2011; Kipper, Clotet, 1998).

A beneficência é a ação para beneficiar outros, é a obrigação moral de agir para beneficiar os demais, buscando maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos (Ferrer, Álvarez, 2005).

A não maleficência traz a ideia de um rigor maior. Em geral, as obrigações que a constituem são mais rigorosas que as obrigações de beneficência (Beauchamp, Childress, 2011).

A princípio, não há regra que determine que evitar danos é preferível a proporcionar benefícios, entretanto, em casos de conflito, a não maleficência, normalmente é prioritária, mas os pesos desses princípios variam de acordo com cada situação (Beauchamp, Childress, 2011).

Em situações em que a autonomia está reduzida deve prevalecer os princípios da beneficência e da não-maleficência. Se uma pessoa não tem condições de manifestar livre e esclarecidamente sua vontade autônoma, e somente nessas condições, a família ou a equipe poderá tomar decisões baseadas nas prerrogativas de promover o bem, sem causar danos (Muñoz, Fortes, 1998).

O princípio da **justiça** traz consigo questões ligadas à relação com os outros. A palavra ‘justiça’ vem do latim *justitia* e significa o que é conveniente, correto, digno. Na tradição comum, estabelece o que convém fazer em uma coletividade (Durand, 2012).

As discussões sobre o conceito de justiça trazem consigo termos como equidade e merecimento e concepções de tratamento justo, equitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas, o que é merecido, aquilo a que alguém tem direito (Beauchamp, Childress, 2011).

Os princípios da autonomia, da beneficência e da não-maleficência referem-se à pessoa, enquanto que o princípio da justiça diz respeito ao plano social e político das políticas públicas, da pesquisa biomédica e da alocação suficiente de recursos para atender as necessidades da área da saúde (Pegoraro, 2006).

Um conceito clássico da justiça é a questão que “iguais devem ser tratados de modo igual, e não iguais devem ser tratados de modo não igual”. Essa clássica permeia todas as teorias de justiça, inclusive, em seu ramo mais estudado pela bioética, que é a justiça distributiva. Essa se refere a uma distribuição justa, equitativa e apropriada de benefícios e encargos no interior da sociedade (Beauchamp, Childress, 2011).

A justiça firma a ideia de equilíbrio, necessário na distribuição de encargos e benefícios. Não existe justiça quando alguns grupos arcam com todos os prejuízos e outros grupos auferem todas as vantagens (Vieira, Hossne, 1998).

5.2 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

No campo da atenção em saúde, o termo humanização tem sido empregado com diferentes sentidos e entendimentos. Historicamente, confunde-se com a defesa dos direitos dos pacientes e seu conceito vem se modificando no decorrer dos últimos anos (Fortes, 2004).

Pode-se dizer que humanização da atenção à saúde tem sua base na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que em seu art. 1º afirma: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (ONU, 1948).

Atualmente, os conceitos iniciais de defesa dos direitos dos pacientes e respeito à dignidade humana permanecem e são fortalecidos pela busca da qualidade nos serviços de saúde.

Atender com qualidade é muito mais que realizar uma consulta ou um procedimento, ouvir uma queixa ou realizar uma orientação. Envolve uma relação de respeito, de escuta, de empatia, interesse e compreensão. Ao abordar o ser humano é importante visualizá-lo com todas as suas necessidades, pois o indivíduo requer, além da resolução dos problemas de saúde, sentir-se acolhido e estabelecer vínculo com o serviço, características essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) e prerrogativas presentes no processo de humanização (Medeiros et al, 2010).

Ações globais como a promulgação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) e, no Brasil, a aprovação da Política Nacional de Humanização, da Carta dos Direitos dos Pacientes e o Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade visam melhorias na qualidade da atenção de modo a permitir maior transparência, efetividade e ações de saúde humanizadas (Brasil, 2004; 2006b; 2012).

Por humanização na assistência à saúde compreende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, são eles, os pacientes, os trabalhadores e os gestores. A PNH propõe que os valores norteadores para esse processo sejam a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (Brasil, 2004).

Ao incorporar no conceito de humanização, além da proteção dos direitos dos usuários, a preocupação em “cuidar do cuidador”, ou

seja, dos profissionais da área de saúde, a proposta do HumanizaSUS trouxe avanços e diferenciais importantes em relação às propostas anteriores (Fortes, 2004).

Possibilitar espaços democráticos e emancipatórios de comunicação entre a equipe e os usuários conduzem à humanização das práticas, gerando maior resolutividade, mais qualidade no atendimento e, efetivamente, promovendo mais saúde para todos (Fontana, 2010).

Pode-se traduzir a humanização como a prestação de um atendimento digno, atencioso e respeitoso, que é assegurado a todos os usuários e a equipe que os assistem. As informações precisam ser transmitidas de forma clara em ambas as direções: os usuários fornecendo as informações completas e necessárias para o seu diagnóstico e tratamento, e os profissionais orientando e esclarecendo as dúvidas dos pacientes (São Paulo, 1999).

Nesta pesquisa tomaremos como referencial de humanização, a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004), O HumanizaSUS na Atenção Básica (2009), a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos adotada pela UNESCO (2005) e o artigo Ética, direitos dos usuários e políticas da atenção à saúde, publicado por Fortes, (2004).

5.3 ÉTICA PROFISSIONAL

A **ética profissional** é frequentemente empregada como um conjunto de regras e deveres inerentes ao exercício de uma profissão (Durand, 2012).

Os Códigos de Ética reúnem normas gerais, tais como, a de não prejudicar a outros e a de respeitar a autonomia e a privacidade, mesmo que essas normas não estejam explicitamente consideradas no delineamento dos códigos. São formulados para orientar a conduta e determinar as obrigações específicas dos profissionais. Na saúde, com frequência, essas obrigações estão relacionadas aos direitos das

outras pessoas. Ainda, algumas vezes, especificam regras de etiqueta e responsabilidades em relação aos outros membros da profissão (Beauchamp, Childress, 2011).

Entre as profissões envolvidas nessa pesquisa, as categorias que têm Código de Ética são a Enfermagem, que possui o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (CEPE), aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e a Medicina, que possui o Código de Ética Médica (CEM), aprovado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (OFEN, 2007; CFM, 2009). Ambos serão utilizados como base para debater os resultados desse estudo.

O CEPE, por exemplo, entre outras deliberações, propõe como responsabilidade da equipe de Enfermagem “exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade” (COFEN, 2007, art. 5^o).

O CEM, por sua vez, propõe como princípios fundamentais, que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza. Estabelece que o médico deve agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, aprimorando continuamente seus conhecimentos e usando o melhor do progresso científico em benefício do paciente, permitindo ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar (CFM, 2009).

Os Códigos de Ética são instrumentos úteis como diretrizes para a prática profissional e para a tomada de decisão frente a situações que configurem problemas éticos (Zoboli. 2003).

6 RESULTADOS

6 RESULTADOS

Durante a fase exploratória foram analisados os relatórios da última avaliação das equipes do PSF-UNASP pelo PMAQ-AB e o conteúdo das reclamações recebidas no serviço de ouvidoria da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo (STSCL) relacionadas a essa área geográfica.

Posteriormente, foram realizados os seminários, onde participaram 17 profissionais, sendo, três enfermeiros, três médicos, quatro auxiliares de enfermagem, três agentes comunitários de saúde e quatro auxiliares técnicos administrativos.

Entre os participantes, nove eram do sexo feminino e oito do sexo masculino. A idade média foi 39,8 ($\pm 8,5$) anos, a mínima foi 26 e a máxima foi 55 anos. O tempo médio de atuação na Atenção Básica foi 6,7 ($\pm 3,4$) anos, o mínimo foi um ano e quatro meses e o máximo foi 13 anos.

O conhecimento produzido durante os seminários permitiu a organização de cinco categorias temáticas para análise, sendo quatro relacionadas à experiência dos profissionais e uma sobre sua vivência. Para possibilitar o detalhamento dos temas, as categorias temáticas foram decompostas em subcategorias, com os respectivos desmembramentos de cada tema, conforme demonstradas no quadro 1.

Quadro 1 – Categorias temáticas surgidas do conhecimento produzido durante os seminários.

CATEGORIA TEMÁTICA	SUBCATEGORIAS	DESMEMBRAMENTOS
Direitos dos Pacientes na APS	Entendimento profissionais sobre direitos dos pacientes	Conceito de direitos dos pacientes Confusão entre direitos, desejos e necessidades
	Deveres dos pacientes	
	Deveres dos profissionais	
	Direitos discutidos durante os seminários	Direito à saúde Direito ao acesso Direito à acessibilidade Direito ao atendimento prioritário Direito à educação Direito à estrutura familiar Direito ao respeito da dignidade humana Direito ao sigilo e privacidade Direito à infraestrutura adequada Direito à humanização Direito a ser atendido com ética Direito à igualdade e equidade Direito à segurança Direito ao transporte gratuito.
Problemas enfrentados pelos profissionais para o respeito aos Direitos dos Pacientes	Desconhecimento dos direitos dos pacientes	Desconhecimento dos direitos pela equipe Desconhecimento dos direitos pelos usuários
	Desrespeito aos direitos dos pacientes	
	Desumanização nos serviços de saúde	
	Burocracia em demasia	Burocracias no sistema de saúde Excesso de papéis

Problemas enfrentados pelos profissionais para o respeito aos Direitos dos Pacientes (cont.)	Sistema de saúde fragmentado e pouco resolutivo	Fragmentação do sistema Lentidão no agendamento Alterações nos programas devido mudanças políticas Falta de autonomia do médico na APS
	Problemas relacionados a alfabetização	
	Deficiências na educação em saúde	Grupos educativos são 'tapa-buracos' da agenda Formação inespecífica dos profissionais
	Problemas relacionados à informação	Desinformação quanto ao SUS Veiculação de informações incorretas na mídia
	Falhas no sistema e programas de saúde	Atribuições inadequadas da APS
Experiências exitosas relativas aos direitos dos pacientes	Implantação do NASF Intersetorialidade Melhorias na Infraestrutura das UBS Investimento na capacitação profissional Programas governamentais funcionais Implantação do PMAQ-AB Dedicação dos profissionais	
Humanização na APS	Percepção dos profissionais quanto as proposições e concretização da PNH Humanização na APS segundo os Auxiliares de Enfermagem Humanização na APS segundo as Enfermeiras Humanização na APS segundo os ACS Humanização na APS segundo os Médicos Humanização dos Profissionais da APS	
Vivência dos profissionais	Experiência de participação nos seminários Tomada de consciência através do processo reflexivo Impacto do processo reflexivo na prática profissional Aspectos a serem melhor explorados	

Fonte: Autora.

6.1 RESULTADOS ALCANÇADOS NO PMAQ-AB

A última avaliação realizada pelo PMAQ-AB das Equipes de Saúde da Família do PSF-UNASP, cujo resultados já foram divulgados, ocorreu no final de 2012. Foram avaliadas 41 equipes. Destas, 39 receberam nota máxima na avaliação pela comissão externa, o que corresponde a 95,12% das equipes avaliadas. A proporção de equipes que alcançou essa condição no Município de São Paulo foi de 52,29%. O PSF-UNASP alcançou 42,8 pontos percentuais acima do valor do município¹.

Figura 2 – Desempenho na avaliação externa pelo PMAQ do município de São Paulo e do PSF – UNASP.

Fonte: PSF-UNASP (2013).

Dentre os itens avaliados, os que obtiveram melhor desempenho foram a avaliação pelo usuário, que alcançou nota máxima em todas as UBS avaliadas e quanto ao apoio institucional, que alcançou 94,14% da pontuação máxima possível.

¹ PSF-UNASP. PMAQ – resultado final. Planilha do *Microsoft Excel*. São Paulo: 2013.

6.2 DIREITOS REQUERIDOS PELOS PACIENTES NO SERVIÇO DE OUVIDORIA

Durante o ano de 2013 foram geradas 109 reclamações relativas às 12 UBS administradas pelo parceiro Programa de Saúde da Família/Centro Universitário Adventista de São Paulo (PSF/UNASP), compondo uma média anual de nove casos para cada UBS/ano, com DP de 4,7 e proporção de uma reclamação para cada 2542 habitantes/ano (1:2542) com mínima de três e máxima de 19 por UBS.

Para melhor apresentação, o conteúdo das reclamações foi dividido em três grupos de direitos com seus subgrupos, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 – Direitos requeridos pelos usuários no serviço de ouvidoria. São Paulo, 2013.

DIREITOS RECLAMADOS	N.	%
Acesso a bens e serviços		
• Exames especializados	45	28,7
• Acesso a consultas	26	16,6
• Encaminhamento para especialista	09	5,7
• Urgência/emergência – recebimento/cuidado ou encaminhamento	02	1,3
• Acompanhamento – Visita Domiciliar	12	7,6
• Garantia de medicamentos	04	2,5
Subtotal	98	62,4
Qualidade dos serviços de saúde		
• Atendimento digno, atencioso e respeitoso.	42	26,8
• Orientação/esclarecimento	15	9,6
• Divulgação a população	01	0,6
Subtotal	58	36,9
Infraestrutura		
• Infraestrutura adequada	1	0,6
Subtotal	01	0,6
Total	157	100,00

* O n é maior que o número de reclamações, pois alguns pacientes requereram mais de um direito no mesmo contato.

6.2.1 Acesso a bens e serviços

Em relação ao acesso a bens e serviços, as situações que apareceram com maior número de reclamação são a falta de acesso a exames especializados e a obtenção de seus resultados (28,7%), tais como, colonoscopia, densitometria óssea, endoscopia, biópsias, entre outros. Foram encontrados casos em que pacientes aguardavam agendamento desses exames há mais de oito meses e que aguardavam resultados há mais de dois meses.

Segundo consta no conteúdo das reclamações, os usuários enfrentam dificuldades no agendamento de consultas com profissional da área médica (15,9%) e, também demonstram insatisfação de passar em consulta com o enfermeiro com maior frequência em relação ao médico (0,6%). Os pacientes relatam que, como o Enfermeiro não prescreve a maioria dos medicamentos, quando passam em consulta com esse profissional, acabam necessitando da consulta com o médico também, para conseguirem as receitas dos medicamentos que precisam.

Os reclamantes demonstraram insatisfação relacionada aos encaminhamentos necessários, destacando-se a falta de encaminhamento para especialistas (5,7%). As especialidades foram ginecologista, pediatra, gastroenterologista, pneumologista, fonoaudiólogo, entre outros e para resolução de casos urgentes. Foram encontradas duas situações (1,3%) que demandavam intervenções cirúrgicas, mas que os pacientes não haviam recebido o encaminhamento adequado.

Quanto ao acompanhamento através da VD, as reclamações mencionadas referem-se à não continuidade da assistência dos pacientes acamados ou impossibilitados de saírem de suas residências e ao não cumprimento da agenda programada pelo ACS (5,1%) e pelo médico (2,5%).

A falta de medicamentos de uso contínuo (2,5%) também está entre as queixas. Os pacientes relatam que, quando não recebem os

medicamentos na UBS, não possuem recursos financeiros para comprá-los.

6.2.2 Qualidade dos serviços de saúde

Quanto à qualidade dos serviços de saúde, nota-se o desagrado, por parte dos usuários (24,8%), em relação à postura de alguns profissionais, que atendem de forma desrespeitosa, manifestando pouco interesse pelas necessidades do paciente.

Dentre essas necessidades há a continuidade ao atendimento, ou seja, os pacientes que necessitam de transporte especial relatam que enfrentam dificuldades no agendamento do mesmo (1,9%), afetando o comparecimento aos serviços de saúde.

Constatou-se que o esclarecimento para o usuário não supria suas dúvidas com respeito à coleta de material para exames (1,9%), ao motivo da falta de médico (1,9%), da indisponibilidade do enfermeiro para consulta (2,5%) e à demora no atendimento devido a reuniões internas dos profissionais de saúde ou a ausência dos mesmos (1,3%).

Os usuários (1,3%) pontuaram que, na maioria das vezes, o ACS faz a VD, preenche todos os papéis e vai embora, sem oferecer qualquer orientação sobre saúde à família. Também, em relação à orientação, um (0,6%) usuário queixou-se que não entende as explicações feitas pelo ACS sobre a receita médica, que isso deveria ser feita pelo próprio médico.

A falta de divulgação sobre programas assistenciais, como Brasil Sorridente, também foi reclamado por um usuário (0,6%).

6.2.3 Infraestrutura

Houve um caso na ouvidoria relatando a ausência de bebedouro (0,6%), ressaltando a infraestrutura inadequada do local.

Após o conhecimento do conteúdo da avaliação do PMAQ-AB e das reclamações nos serviços de ouvidoria, iniciaram os seminários com a participação dos profissionais atuantes na APS.

6.3 DIREITOS DOS PACIENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O compartilhamento de experiências entre os profissionais durante os seminários possibilitou conhecer o seu entendimento sobre os direitos dos pacientes e analisar suas concepções relativas aos direitos e deveres no contexto da Atenção Primária à Saúde.

6.3.1 Entendimento dos profissionais sobre ‘Direitos dos Pacientes’

Para compreender o entendimento dos profissionais sobre os direitos dos pacientes, a partir da troca de experiências entre os participantes dessa pesquisa, foram construídas quatro categorias: conceito de direitos dos pacientes, confusão entre direitos e desejos do paciente, deveres dos pacientes e deveres dos profissionais para o respeito aos direitos.

Conceito de direitos dos pacientes

Os profissionais envolvidos nessa pesquisa consideraram complexo conceituar os direitos dos pacientes e acreditam que também o seja para os próprios pacientes.

É muito complexo definir direitos dos pacientes.

Nem funcionários, nem pacientes sabem ao certo como se define os direitos.

Na perspectiva dos participantes do estudo, direito do paciente é ter assegurado o seu bem estar físico, mental e social; é ter suas

necessidades respeitadas e atendidas, é poder acessar os serviços que precise para manutenção da sua saúde, ser bem acolhido e bem encaminhado, é ser ouvido com atenção e receber um atendimento individualizado.

Manter seu bem estar físico, mental e social. Fazendo com que as necessidades do paciente, que o que ele procura sejam atendidas.

Ser bem acolhido. Ser bem encaminhado. Ser ouvido com atenção.

Receber atendimento individualizado.

Alguns participantes associam o direito com o respeito à dignidade.

Ser atendido com dignidade por todos os profissionais da área. Ser tratado com respeito.

Os profissionais associam os direitos dos pacientes ao que é assegurado pela Constituição Federal, por leis complementares, programas e documentos oficiais do Estado, cabendo ao Governo o dever de assegurar o atendimento as necessidades do cidadão.

Entendo o direito como uma manifestação legal, confirmada pela constituição de 88.

Direito é tudo o que deve ser feito perante leis e protocolos para o bem estar de todos os usuários do SUS. São deveres do governo para com o indivíduo.

Eu achei interessante sobre o que foi citado sobre a 'saúde como direito do cidadão e dever do Estado' [...] O nosso desafio é agir segundo as leis que nos impõem. O paciente entende os seus direitos pelas leis que são impostas a ele. Existem leis que dizem que você tem tais e tais direitos.

Direito é uma coisa relativa ao ser humano, as vezes eu acho que aquilo é direito, mas teoricamente, na constituição, nas normas, nas leis, aquilo nem sempre é direito.

Apesar de ser dever do Estado e de estar assegurado pela CF, os profissionais acreditam que o atendimento das necessidades do paciente deva acontecer, da melhor forma possível, dentro daquilo que o SUS pode oferecer.

Atender as necessidades do usuário da melhor forma possível, de forma adequada e respeitosa, dentro daquilo que o 'equipamento' pode oferecer.

A expectativa do paciente de ter suas necessidades atendidas é um aspecto que pode gerar tensão na prática dos profissionais pois, em alguns momentos, ter seu direito respeitado confunde-se com ter suas vontades atendidas.

Confusão entre direitos, desejos e necessidades do paciente

Para os participantes dos seminários, existe uma confusão em relação ao que é direito, necessidade e desejo do paciente. O atendimento às suas reais necessidades de saúde é seu direito como paciente, entretanto, suas vontades não podem se sobrepor aos direitos dos demais. O atendimento aos direitos do paciente deve ocorrer dentro do direito relativo a cada um e não simplesmente ter atendidas todas as suas vontades:

Tanto nós quanto eles, as vezes, confundimos o que é vontade com o que é direito de saciar uma real necessidade e é um pouco diferente. Existe uma necessidade de esclarecer o que é vontade do usuário e o que, de fato, é direito.

Existe uma confusão, direito dos usuários não é fazer todas as suas vontades.

Atender as necessidades do usuário relativas a saúde, dentro do direito relativo a cada um.

Os usuários as vezes são muito limitados, eles cobram coisas que eles não têm direito (nesse momento há manifestações de concordância geral do grupo), eles acham que têm direito porque é uma vontade deles, eles não veem os direitos de todos.

Os profissionais acreditam que a confusão entre direitos e vontades fica mais evidenciada quando os pacientes apresentam alguma necessidade especial e pelo desconhecimento dos direitos:

O paciente faz uma confusão entre o que é direito e o que é necessidade, para eles ter a necessidade é ter o direito. "Ah! Eu estou ruim, eu preciso passar na frente, porque eu estou passando mal". Ele acredita que a necessidade dele é seu direito.

Aquele paciente que vai até a unidade, briga pelos direitos, bate no peito e diz: “eu tenho direito!” e, na verdade, ele não conhece os direitos dele e muitas vezes o ‘direito’ que ele quer não é a necessidade é a vontade dele, porque ele não conhece os direitos, ele pensa que conhece.

O conhecimento dos direitos é necessário para os pacientes, para que não confundam direito com vontade e para os profissionais, para que possam respeitar e orientar seus pacientes sobre o assunto. Entretanto, o conhecimento dos deveres de cada um é imperativo para formação de vínculos sólidos na APS.

6.3.2 Deveres dos pacientes para alcançar seus direitos

Os profissionais participantes dos seminários acreditam que os pacientes devem assumir a responsabilidade sobre si mesmos, expressar suas dúvidas ou se compreendeu alguma orientação recebida; comparecer às consultas, tratamentos e exames na hora marcada ou comunicar, caso não seja possível estar presente; responsabilizar-se pela recusa de procedimentos e, além disso, precisam respeitar os demais usuários do sistema e os profissionais da rede.

No artigo sexto da cartilha fala das responsabilidades deles. Eles (os pacientes) têm responsabilidades. Expressar se compreendeu as informações e tirar as dúvidas. Assumir a responsabilidade pela recusa de procedimentos, exames ou tratamento. Eles têm responsabilidade.

Primeiramente eles precisam se informar, para depois eles cobrarem, porque o dever deles, eles não fazem.

O paciente está sem remédio. A culpa não é minha, ele podia ter vindo no grupo da semana passada. Vamos lá. Vamos diferenciar o que é importante e o que não é importante, o que é minha responsabilidade e o quê que é sua (do paciente). Não vem gritar porque não tem outro dia, outro horário para a consulta. É a sua vida, é a sua saúde, é o seu problema. Eu estou aqui para oferecer o atendimento adequado, isso inclui orientação adequada. Vir ao atendimento é sua responsabilidade. Então venha ao atendimento no dia certo, na hora certa.

Foi relatado que, muitas vezes, o paciente transfere a responsabilidade sobre sua saúde para os profissionais, que ele não

busca a informação adequada e que, algumas vezes, até as recebe, mas não se envolve com as questões relacionadas a ele mesmo. Os participantes dessa pesquisa acreditam que seja dever do paciente **assumir a responsabilidade sobre si mesmo.**

Eles sempre vão jogar a responsabilidade para nós. Que não teve um bom atendimento, que o ATA não atendeu direito, a ACS não informou.

O paciente sabe que tem direito de cobrar e tem, também, o dever de comparecer quando o ACS convida para o grupo. Ele sabe que tem, por que não vem? Aí eles vão em cima do ATA, do pessoal do balcão, do enfermeiro, e falam: “Cadê a minha guia?” Mas “você participa dos grupos?” Isso acontece muito.

Os profissionais compartilharam algumas experiências onde fica evidenciada a falta de envolvimento de alguns pacientes. Pacientes que recebem a informação por escrito e não leem:

[...] Eu estou falando sobre aqueles que sabem ler e pegam o papel do jeito que o profissional entregou, dobrado, e fala “Olha, me deram, mas eu não sei pra onde eu vou”. Como não? Eu vou lá, abro o papel e explico o que está marcado. “Eu ia perder se você não tivesse visto”. Eu pergunto “mas a senhora não leu?” “Não, do jeito que me deram eu guardei”.

Pacientes que não comparecem a agendamentos e não comunicam, o que impossibilita o repasse da vaga para outra pessoa:

Lá na UBS aconteceu um caso muito interessante, tem uma senhora, que é da minha área inclusive, eu já visitei ela algumas vezes. Um dia ela chegou e fez aquele ‘barraco’, bateu o pé na frente do posto: “Eu preciso passar na consulta”. Queria passar no acolhimento e depois na consulta e não deu para fazer a consulta dela naquele momento. A enfermeira falou com o médico e encaixou para uma data próxima, tamanho foi o ‘barraco’ que ela fez. A enfermeira já conhecia ela, já sabia que ela fazia ‘barraco’ [...] No dia marcado, o médico atendeu, solicitou uma série de exames e fez encaminhamento para um especialista. Tinha neurologista e mais quatro exames. Ontem, a filha dela chegou no posto, com as quatro guias de volta e a consulta com o neurologista porque ela perdeu todos! (o profissional se expressa com indignação pela situação). Eram dias diferentes, datas diferentes e perdeu todos. A filha falou: “Minha mãe pediu para você remarcar”. “Não, imagina! Você poderia ter remarcado, avisado que não iria” [...] Ai entra a educação (Exatamente! Vários profissionais se manifestam). Entra também o senso, o direito, a paciente poderia pensar “Poxa eu estou deixando de ir, outra pessoa também não vai”. Alguém entregou aquela guia para ela e deve ter falado, tal dia e tal hora.

Pacientes que recusam atendimento e, quando precisam, querem ser atendidos na hora:

Profissional X: Sempre falam para a gente se colocar no lugar do usuário e eu sempre me coloco. Semana passada aconteceu isso: uma paciente [...] chegou no posto e o médico não estava, a enfermeira da equipe dela estava de férias e eu estava na unidade na hora. Ela chegou dando um 'show' que ela queria o remédio dela. Ficou com sequela de AVC, está na cadeira de rodas. Nessa hora eu me coloquei no lugar dela. Ela foi no posto porque ela precisava da medicação, tudo bem, então vamos ver. No prontuário constava: a enfermeira foi na casa dela e ela não quis recebê-la, a ACS registrou o caso, anotou que ela não quis receber a enfermeira que poderia ter trocado a receita dela na hora. É, ela não quis receber a enfermeira. A enfermeira estava lá, no portão dela junto com outro médico.

Profissional Y: E ela também tem esse direito. Ela pode se negar.

Profissional X: Ela falou que não queria ser atendida e ponto. Passaram-se quatro ou cinco dias ela foi na unidade, porque? O remédio acabou e ela queria o remédio, só que não tinha ninguém para atender. Nós estamos com falta de médico mesmo. Ela chegou em uma hora que não tinha médico, só tinha uma enfermeira. Eu fui e expliquei para enfermeira.

A enfermeira explicou para a paciente que na sexta-feira a médica estaria no grupo de pequenas queixas, ela deveria vir e trocar. Foi orientada dessa maneira. Quando foi ontem quem aparece lá? A paciente, porque ela não foi no tal grupo, e queria de qualquer maneira que a doutora exatamente naquela hora trocasse a receita dela.

O não comparecimento dos pacientes aos agendamentos parece ser um dos fatores que mais desgastam os profissionais e sobrecarregam o sistema. A ausência do paciente na data e hora marcadas fará com que o paciente utilize outra vaga em outro momento e, ainda, impede que outro usuário utilize a vaga disponibilizada inicialmente, ferindo duplamente o direito de outro paciente. Se o paciente houvesse comparecido no primeiro agendamento ou, na impossibilidade, houvesse comunicado com antecedência, seria possível fazer um encaixe em seu lugar. Não comparecendo e não comunicando, a vaga fica ociosa. A segunda vaga, que poderia ser empregada para outro paciente será novamente agendada para o paciente faltoso, o que gera um ciclo de sobrecarga e desgaste.

Os profissionais pontuaram que a ausência dos pacientes aos agendamentos, na maioria das vezes é por motivo injustificável,

demonstrando falta de responsabilidade com o direito deles mesmos e dos demais usuários.

[...] chega lá com exame para remarcar, a gente pergunta assim: “Mas o que aconteceu? Por que o senhor não foi?” “Porque não deu, eu estava trabalhando.” “Por que não ligou para desmarcar, para dar a vaga pra outra pessoa?” “Ah, porque eu não tive tempo”. Não tem o mínimo de responsabilidade com a vaga, com o outro, você vê muito disso.

No início do ano teve uma pesquisa sobre os motivos pelos quais os usuários não iam nas consultas agendadas. O pessoal da regulação fez essa pesquisa. Todos que vinham trazer o encaminhamento que ele perdeu para reagendar, a gente perguntava e a maioria respondia que foi esquecimento, o último lugar era, não tinha dinheiro para condução, não tinha com quem ir, estava chovendo ou simplesmente não deu para ir. Para esses que não tinham o passe da condução nós orientamos sobre o passe social. Muitos não sabem que existe. Mas o que prevaleceu foi, esqueci. Falta de responsabilidade com o próprio direito.

Falando em direito, eu sou da regulação, muito raramente quando não pode ir na consulta alguém liga para desmarcar, fala assim: “Eu tenho uma consulta marcada, tal dia, tal hora, sou fulano de tal, só que eu não vou poder ir então eu estou ligando para desmarcar, para dar vaga para outra pessoa”. Aí eu agradeço, elogio a atitude da pessoa, para incentivar, fazer sempre, mas é a minoria que avisa.

Assumir a responsabilidade sobre o outro e respeitar os demais usuários e os profissionais, segundo a percepção dos participantes, é um dever primordial de todos os pacientes. Ocorre que alguns usuários agem como se, em qualquer situação, a prioridade fosse deles.

Alguns usuários acreditam ter mais direitos do que os outros e, as vezes, querem ser atendidos primeiro que os demais, querem passar na frente na fila de espera.

Eles fazem isso contra eles mesmos. No grupo de hipertensos e diabéticos, todos são hipertensos e diabéticos, mas todos que estão lá querem ser atendidos primeiro. Falam assim: “Eu estou de muleta posso passar na frente!” [...] “Eu tenho problema na perna, preciso ser atendido logo”. São todos da mesma faixa etária, vai chegar a vez de todo mundo.

Se precisam trocar uma receita, o paciente quer trocá-la no dia que procura a UBS. Alguns não têm paciência de esperar para passar na demanda; outros, se não tem vaga para o mesmo dia, invadem o

consultório médico ou de enfermagem na tentativa de alcançarem o que desejam.

Foi relatado um caso de um paciente que queria trocar uma receita e estava sem consulta agendada, a enfermeira que estava atendendo a demanda espontânea solicitou que o mesmo aguardasse que ela o atenderia na sequência. O paciente impaciente, invadiu a consultório do médico, que solicitou que ele se retirasse, pois o médico também estava atendendo outro paciente. O paciente, insatisfeito, começou a falar alto, xingar o médico e a enfermeira e dizer que mandaria atear fogo na UBS. A cena continuou até que uma ATA conseguiu retirar o paciente para uma sala e acalmá-lo a ponto de ele pedir desculpas pelo 'escândalo'. Sobre a experiência a ATA relata:

[...] Conversei com ele, ele pediu desculpa para mim mas, quem vai pedir desculpa para a enfermeira? [...] Eles acham realmente que são especiais, que precisam de atendimento especializado. Mas aí ele já estava baixando o nível.

Segundo os integrantes dessa pesquisa, o paciente precisa **conhecer seus direitos**, saber que existe um limite entre os seus direitos e os direitos de outrem. O desconhecimento leva o paciente a fazer reivindicações indevidas. É necessário, também, que todos conheçam e queiram cumprir os seus deveres.

O paciente conhece, ele pensa que conhece os direitos, em alguns momentos ele até conhece, porém, falta conhecer os deveres.

Eles desconhecem os direitos e reivindicam coisas que na realidade não são direitos. Só que na hora de cumprir os deveres a pessoa não quer.

Conhecendo os seus direitos o paciente terá condições de **requerê-los** de forma efetiva, com argumentos positivos e sem ultrapassar o limite dos direitos do outro.

As vezes eles conhecem os direitos, conhecem alguns dos direitos e mesmo assim tem que buscar esses direitos. Então, para ter direito tem que ir atrás.

É preciso reclamar para ter o direito.

O primeiro passo para o paciente ter os seus direitos atendidos é **prestar informações claras**. É dever do profissional atender e resolver o problema do paciente e, caso receba uma situação que não seja da sua competência técnica, deve encaminhá-la para um profissional que resolva. A resolutividade dos problemas dos pacientes está associada a clareza e veracidade das informações que o profissional recebe, o que nem sempre acontece.

Foi relatado que, para conseguir uma consulta mais rápido, alguns pacientes informam situações inverídicas para convencer os profissionais da sua necessidade.

O funcionário que atendeu primeiro te passa um caso, fala uma situação e quando você vai conversar com o paciente não é a mesma coisa, o paciente muda para conseguir o atendimento.

A paciente chegou chorando para mim, dizendo que não dormia há três dias, que não aguentava sentar, não conseguia fazer xixi, só gotejava, doía e ardia. Eu não sou médica, mas eu sei que pode ser uma infecção urinária fortíssima. Fui, conversei com a médica [...] A doutora angustiada procurou uma vaga na agenda e conseguiu, encaixou. Ai eu fiquei toda feliz, ganhei meu dia, resolvi o problema do paciente. Quando a paciente chegou lá no consultório ela falou outra coisa com a doutora: "Doutora, acontece que meu ciclo menstrual atrasou e eu fiz o teste de urina para gravidez e deu negativo. A senhora poderia pedir outro exame?" Quem sai como mentirosa? Eu me sinto muito frustrada com isso.

O paciente sabe como dizer, como manipular alguns profissionais, é o que eles costumam fazer. Eles pensam: "Se eu falar que é grave, eles verão a minha dor, e vão me ajudar, vão me atender rápido e, na hora que eu conseguir chegar no meu foco, eu vou com calma." Você pega a vaga, passa na frente, atrasa as consultas, porque você está atendendo um caso que um ACS, um auxiliar de enfermagem ou um ATA está te passando. Ai vem o paciente com outra história. Isso acaba com qualquer profissional.

O profissional conhecendo as reais necessidades dos pacientes, terá subsídios concretos para cumprir seu dever de garantir o atendimento dos direitos dos pacientes.

6.3.3 Deveres dos profissionais para garantir o atendimento aos direitos dos pacientes

Para os profissionais envolvidos nessa pesquisa, os profissionais da APS têm consciência do seu dever na garantia dos direitos dos pacientes. Entre os deveres pontuados, encontram-se o compromisso de tratar os pacientes com respeito, educação e humanização; ser acolhedor, prestar informações claras e compreensíveis; atuar como educador, com preparo técnico e emocional e atuar sempre com empatia e responsabilidade.

Acredito ser de extrema importância se respeitar os direitos, como profissional estou ali para garantir que o usuário tenha todas as suas necessidades e direitos resolvidos.

Como profissional acredito e respeito os direitos dos usuários.

O respeito ao direito do paciente inicia com o **respeito ao próprio paciente**. O profissional tem o dever de ser acolhedor e ouvir as queixas e necessidades do paciente, sendo responsável e desenvolvendo seu trabalho com seriedade e qualidade.

Um usuário respeitado dificilmente trará problemas desnecessários.

A experiência é diária em não somente dar o acesso, mas acolher e dar seguimento ao atendimento da necessidade do usuário. Seja em consulta, demanda espontânea ou encaminhada.

Ter um atendimento de qualidade com responsabilidade e seriedade por parte do prestador do serviço de saúde.

Para respeitar os direitos dos pacientes, o profissional tem o dever de **prestar informações claras** durante o atendimento.

Fala adequada, informação e direcionamento correto. Falar a mesma língua.

Foi relatado pelos participantes dessa pesquisa que, quando ocorre de algum membro da equipe prestar uma informação inadequada, isso interfere na rotina dos outros profissionais. Que todos precisam manter-se atualizados sobre o funcionamento da

UBS, do SUS, do sistema de gerenciamento de dados, das rotinas, e outros. Dessa forma, será evitado que ocorram encaminhamentos errados e desgaste desnecessário do paciente.

As nossas informações acabam sendo 'cruzadas', porque eu saio do posto com uma informação, aí o paciente não feliz da forma que eu expliquei, procura um outro colega que não sabe exatamente o que eu informei e ele dá outra informação diferente. Tudo o que nós falamos, seria muito bom se fosse unificado.

Precisa se manter atualizado sobre os serviços oferecidos, isso visando diminuir os atritos. Se os funcionários não sabem os pacientes também não.

Foi citado que a prestação de informações inadequadas pelos profissionais, pode estar associada a sobrecarga dos trabalhadores e pela realização de escuta inadequada.

Algumas vezes, a informação é tão errada dentro da UBS [...] Acho que uma parte por conta da sobrecarga [...] Eu acho que falta comprometimento de parar e realmente escutar a pessoa.

O papel dos ATAS em relação ao esclarecimento dos pacientes foi mencionado como sendo fundamental. Esses profissionais realizam o atendimento inicial dos usuários, são os responsáveis por realizar a primeira escuta das necessidades do paciente e direcioná-lo para a solução, sem invadir a função de outro profissional.

Lá onde eu trabalho tem uns ATAS que querem resolver tudo no balcão [...] Cada um tem o seu papel. Só que os ATAS tem que estar bem informados. Porque é o ATA que direciona.

Foi proposto que a tarefa dos ATAS da recepção é difícil, pois eles atendem os usuários de toda a UBS, necessitando que eles conheçam as rotinas e agendas de todas as equipes. De qualquer forma, é seu dever conhecer as informações, pois isso compõe suas atribuições de trabalho e o bom atendimento ao paciente resulta em um fluxo adequado para toda a equipe.

O pessoal do balcão, as vezes, se confunde. Tem que prestar atenção. Se não sabe, procura alguém para se informar. Eu acho que tem que ter a orientação e tem que ser um trabalho em equipe.

Quando o paciente é bem atendido, bem orientado e bem direcionado, alcança seus direitos com maior facilidade, inclusive, alguns que desconheça. Foi relatado o caso de um paciente que, com frequência, fazia curativo em uma UBS fora da área do seu domicílio. Nunca deixou de ser atendido mas, não era cadastrado no programa de curativos especiais. O Auxiliar de Enfermagem percebendo que a evolução do tratamento poderia ser melhor com a utilização de tecnologias mais avançadas, deu a seguinte orientação:

Eu posso fazer o seu curativo, é um direito seu fazer em qualquer UBS, só que o senhor tem um direito que talvez desconheça, o enfermeiro da sua equipe, da sua área de abrangência, consegue cadastrá-lo no sistema de curativo especial.

O paciente relatou desconhecer o programa, o profissional completou a orientação explicando sobre as novas tecnologias para o tratamento de lesões crônicas e orientou ao paciente que buscasse a enfermeira da UBS que atende a área adstrita ao endereço do paciente. Após o ocorrido, esse paciente não voltou mais. O profissional acredita que o paciente alcançou um tratamento melhor após sua orientação.

Cabe esclarecer quanto ao funcionamento do programa de curativos especiais citado pelo participante. A PMSP através do Programa Proibido Feridas fornece curativos especiais para o tratamento de lesões crônicas, tais como, carvão ativado, hidrogel, alginato de cálcio, hidrocolóide, bota de unna, entre outros. Por se tratar de tecnologias com elevado custo financeiro, para receber tais tratamentos, é necessário que o paciente esteja inscrito no programa e quem faz isso é o enfermeiro da Equipe de Saúde da Família, preferencialmente, da Unidade que atende o paciente.

Foi relatado que uma situação que causa desconforto nos pacientes é a demora no atendimento. Novamente foi citado que informações claras prestadas pelo profissional alivia tal situação, pois o paciente sente-se respeitado em seus direitos e citaram alguns exemplos.

Quando um AE está sozinho na medicação e precisa sair para resolver alguma questão, inclusive pessoal como usar o sanitário ou fazer um lanche após trabalhar um longo período sem parar, ao sair do setor, o profissional deveria esclarecer aos que estão na fila que ele volta dentro de pouco tempo. Os pacientes se sentirão respeitados e ficarão mais calmos.

Avise o que você vai fazer, volte rápido e dê continuidade ao seu trabalho. Se comunique com o paciente, facilita.

Sempre que houver alguma intercorrência que causará atraso no atendido, os pacientes deveriam ser claramente informados. Quando as consultas médicas sofrerem atrasos pelo fato de o médico estar atendendo algum caso emergencial, o pneu do carro do profissional furou e ele vai atrasar mas logo chegará, entre outras situações. A informação verdadeira conquistará a confiança do paciente e solidificará o vínculo, essencial na APS.

Outro dever do profissional, associado ao respeito dos direitos do paciente, é o desempenho do seu **papel de educador**. Os participantes dessa pesquisa têm consciência dessa função e concordam que a educação para o respeito ao direito deva iniciar pelo profissional.

Tem que começar por algum lugar, então, que comece pela gente, se nós nos interessarmos mais pelos direitos dos usuários, mais ainda do que eles mesmos, vamos ter mais disposição para dar a orientação certa.

Nós temos que entender os direitos deles e ensiná-los de alguma forma sem impor, e mostrando os deveres.

Nós somos da área da educação. Só que trabalhamos com educação de outra forma.

Foi proposto que a formação dos trabalhadores da saúde deve ser revista, para formar profissionais que assumam o compromisso de garantir os direitos dos pacientes e de educar em saúde, com **competência técnica**, senso de servir ao paciente e abrir o acesso ao sistema de saúde.

Além da competência técnica, foi pontuado que é dever dos profissionais atuarem na Atenção Primária à Saúde com **empatia e responsabilidade**.

Quando chega alguém no posto com dor, com o filho que passou a noite inteira tossindo, doente, que não tem um vale-transporte para ir ao AMA, você tem que se pôr no lugar do outro.

Tem que estar ali, na frente enfrentando todos os problemas com o paciente.

Tem gente que acha que estamos fazendo um favor para o usuário e não estamos. Nós temos salário, temos responsabilidade, somos profissionais.

É dever do profissional assumir a responsabilidade sobre o direito do paciente e agir para a garantia dos mesmos.

Até quando nós vamos nos calar para muitos direitos que nós conhecemos, que sabemos que são legítimos? Através da nossa atitude podemos transformar mas aí, nós nos calamos, com medo de perder o emprego, com medo de sermos desagradáveis, enfim, com vários medos e isso aqui me bateu bastante forte.

Para assumir tal responsabilidade é necessário que os profissionais conheçam os direitos dos pacientes. Para isso foi proposto aos participantes que lessem a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e a Lei 10.241/99 que tratam do tema e discutissem sobre os direitos dos pacientes no contexto da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2011a; São Paulo, 1999).

6.3.4 Direitos dos pacientes discutidos pelos participantes da pesquisa

Durante a troca de experiências realizada nos seminários dessa pesquisa, foi proporcionado um momento para que os profissionais discutissem sobre os direitos dos pacientes no contexto da Atenção Primária à Saúde. Os direitos discutidos foram: direito à saúde, direitos relacionados ao acesso e acessibilidade, atendimento prioritário, direito à educação, à estrutura familiar, ao respeito da dignidade humana, ao sigilo e privacidade, à infraestrutura adequada,

à humanização, a ser atendido com ética, à igualdade e equidade, à segurança e ao transporte gratuito.

Direito à saúde

A saúde foi citada como direito de todos os cidadãos, e a APS foi lembrada como porta de entrada para o acesso integral às ações e serviços de saúde. Bem como, o direito a acessar tudo aquilo que pode colaborar com mais saúde e bem-estar físico, social e mental.

Em primeiro lugar o direito à saúde, porque todo mundo tem, eu tenho, você tem.

Apesar de o direito a saúde ser um direito assegurado na CF, na prática, os profissionais enfrentam dificuldades.

Na prática é muito difícil porque o sistema não contribui para que ele tenha o direito à saúde assegurado.

Todos os dias percebo a saúde real de cada usuário sendo deixada de lado no que tange às suas necessidades, não só básicas como também secundárias e terciárias

O direito à saúde foi considerado como fundamental para todos os seres humanos e constitui-se como um dever do Estado. É através da garantia dos seus direitos que o paciente acessa e usufrui dos serviços de saúde.

Todo ser humano tem direito a saúde. É direito dele e dever do Estado.

É poder usufruir o que é oferecido porque, ele tem direitos, mas nem todos são acessíveis realmente.

Para mim é o instrumento que faz com que ele tenha acesso a um tipo de serviço.

O direito está garantido, entretanto, para acessar aos serviços e ações que os pacientes necessitam eles enfrentam algumas dificuldades.

Direito ao acesso

O direito ao acesso foi abordado sob dois aspectos: o acesso aos locais de atendimento e o acesso aos serviços de saúde.

Foi relatado que algumas unidades de atendimento estão inseridas em locais de difícil acesso, com ruas estreitas ou em locais onde a própria população não respeita as vias de acesso, utilizando as ruas e as calçadas como locais para comércio e estacionamento, obrigando o pedestre a andar na rua. Com as ruas ocupadas, o deslocamento é lento e a passagem dos carros acontece apenas um de cada vez, dificultando o acesso de pacientes, profissionais e prestadores de serviço.

O serviço é de primeiro mundo, é muito bem montado, equipado, mas o acesso para lá é muito difícil. Tem lixo na rua, esgoto a céu aberto, mas falando de direito ninguém respeita ninguém. Os direitos em um lugar desses foi totalmente esquecido.

Uma questão relacionada ao acesso, é a distância entre o domicílio dos pacientes e os locais de agendamentos para realização de exames e avaliação por especialistas.

Existem dois problemas com o acesso: um é da pessoa conseguir chegar ao outro piso e o outro é a distância que ele tem que percorrer para chegar ao local do atendimento.

Outro fator discutido nos seminários foi que o direito ao acesso aos serviços de saúde nem sempre é respeitado. Alguns serviços não são oferecidos pelo SUS e, em outros, o agendamento é muito demorado. Caso o paciente necessite de exames ou avaliação especializada, nem sempre consegue, ferindo o princípio da integralidade do SUS.

Pedimos para o paciente um Papanicolau, fazemos uma colposcopia e o resultado vem alterado, mas não sai o agendamento da ultrassonografia e do ginecologista.

Encaminhamentos onde não há um segmento, porque nós não temos referências e você fica engessado [...] É bem impactante.

Foi lembrado, também, o direito do paciente de acessar a rede de atenção para alcançar ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e informações sobre estilo de vida.

Direitos que garantam a assistência integral e o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade.

Como forma de garantir o acesso do paciente aos locais de atendimento, foi discutido o direito a acessibilidade, que consiste em possibilitar que uma pessoa com mobilidade reduzida consiga acessar qualquer lugar.

Direito à acessibilidade

O direito à acessibilidade é garantido por lei, entretanto, segundo a percepção dos integrantes dessa pesquisa, é necessário criar uma cultura de respeito espontâneo, livre e consciente. Isso é possível através da humanização da assistência.

As barreiras arquitetônicas impostas por infraestrutura inadequada foram citadas como sendo o principal obstáculo para a acessibilidade. Os profissionais compartilharam algumas experiências relacionadas a esse tema.

Unidades que não possuem rampas de acesso e o paciente acaba sendo atendido dentro do carro por não conseguir entrar com a cadeira de rodas.

Você olha uma escada gigante que parece que ele não vai chegar nunca, porque ele está ali de cadeira de rodas. Um obstáculo.

Na minha UBS não tem rampa, quando chega um cadeirante ele tem que dar a volta e é uma subida. Às vezes o médico desce para atender para no carro.

A instalação de pontos de ônibus sinalizados como acessíveis, porém, construídos em ladeiras. Em outros casos as paradas de ônibus são sinalizadas com totens colocados entre um poste e um

muro, o que impede totalmente a passagem de um cadeirante pela calçada, forçando-o a locomover-se pela rua.

Linhas de ônibus que incluem centros de reabilitação no seu itinerário e rodam com veículos não adaptados, ou quando circulam os veículos adaptados, as vagas para cadeirantes não suprem a necessidade. Um participante presenciou uma situação em que um ônibus que para em frente ao Centro de Reabilitação Lucy Montoro estava com quatro cadeirantes, porém, só acomodava duas cadeiras de rodas, os outros dois usuários circulavam sem a devida segurança.

Só dois estavam conseguindo segurança, os outros dois não tinham esse espaço reservado.

As pessoas com mobilidade reduzida participariam mais da sociedade, se as condições de acessibilidade fossem mais favoráveis.

Muitos cadeirantes trabalham, estudam, contribuem, pagam seus impostos e não fazem mais pela dificuldade do acesso.

Os usuários do transporte coletivo que não apresentam necessidades especiais, algumas vezes demonstram intolerância com o tempo gasto para atender os portadores de mobilidade reduzida, demonstrando desrespeito ao indivíduo.

Eu presenciei uma situação onde um cadeirante foi subir em uma van. O motorista desceu, foi super gentil com ele, desceu aquela rampa, que leva um certo tempo para colocar o cadeirante ali. Fiquei surpreso com a grosseria das pessoas que estavam dentro e que reclamavam da demora: 'A gente tem que parar para pegar deficiente?' Isso me chocou de uma forma muito grande, nós precisamos trabalhar mais com educação.

Um fator citado para garantir a acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida é o atendimento domiciliar. Pode-se realizar coleta de materiais para exames, consultas, vacinação e outros procedimentos na casa do paciente, caso ele aceite.

Aquele paciente com tanta dificuldade aparece na UBS para colher exame. Eu me sinto envergonhado, sinceramente, eu me sinto envergonhado quando é da minha equipe, pode colher na casa do paciente. É dever do ACS falar sobre esse direito.

Quando o direito é atendido, o portador de necessidades especiais consegue acessar serviços que lhe propiciam um estilo de vida melhor.

Eu estava na academia e lá tem um elevador, e tem exatamente por causa da lei da acessibilidade, aí chegou um cadeirante [...] e a pessoa faz musculação na parte superior, faz natação, nada super bem, usava a academia mais do que qualquer outro, e eu achei super legal.

Possibilitar o acesso com acessibilidade pode envolver, também, a priorização de alguns grupos de pacientes.

Direito ao atendimento prioritário

O atendimento prioritário é garantido para alguns grupos especiais, no entanto, com frequência, esse direito provoca discórdia entre alguns pacientes.

Em uma fila com muitos idosos, quem terá prioridade? Foi relatado que alguns se frustram e alegam que são mais idosos do que os outros e deveriam passar na frente. Outra experiência dos participantes é em relação a fila na farmácia para retirar medicamentos e alguém passa na frente de todos os outros e vai direto para o guichê alegando que é 'doente', provocando descontentamento nos demais pacientes que se sentem lesados.

O paciente falou: 'Está todo mundo aqui brincando, brincando de pegar remédio'. [...] Esse é um problema sério na saúde.

Alguns pacientes que não são contemplados pelo direito ao atendimento prioritário, reclamam de precisarem ceder seu local nas filas para outrem nessa condição e algumas vezes tentam utilizar informações inverídicas para serem atendidos mais rápido. Um participante relatou que chegou na UBS às 5:45 da manhã e ele é o responsável por organizar a fila. Nesse horário não encontrou nenhum paciente na UBS. No momento de separar a fila prioritária ouviu de uma pessoa que estava nos primeiros lugares: "estou aqui desde às

cinco da manhã, pra ser o primeiro da fila e vai passar tudo isso na minha frente?”.

Eu sabia que não era verdade, mas não foi a inverdade que me incomodou e sim a falta de educação.

É direito do paciente ser tratado com respeito e educação pelos outros pacientes e pela equipe que o assiste.

Direito à educação

O direito à educação foi abordado pelos participantes dessa pesquisa sob dois aspectos distintos, o direito a receber educação formal, enquanto alfabetização e formação e o direito a ser tratado com respeito e educação, enquanto bondade e gentileza.

Ter acesso à educação formal foi considerado como direito primordial, constitui-se como base para o acesso aos demais direitos e foi o mais discutido durante o seminário. A educação foi considerada como o alicerce da vida e como fundamental para o exercício da cidadania.

A educação é o alicerce da vida, é o princípio de tudo, é a primeira de todas as questões. Foi a discussão mais forte dentro da equipe.

Questões relativas à educação foram recorrentes nas discussões dos profissionais. Eles discutiam outros direitos e, de alguma forma, associavam à educação.

Na última discussão a gente falou, falou, falou e voltou na educação. A gente vai continuar falando, falando, falando e vai voltar sempre na questão da educação.

Essa questão da educação é tudo, todos os assuntos que a gente for conversar, sempre vai encontrar um caminho e a gente vai parar exatamente aqui, na educação.

O analfabetismo dificulta o entendimento das questões relacionadas à saúde. O paciente não consegue ler a receita médica e os nomes dos medicamentos nas embalagens, correndo o risco de ingerir a medicação e a dose incorretas. Entretanto, muitos usuários

não são acessíveis para receber formação educativa da equipe da saúde.

Os profissionais compartilharam a experiência de criação de um programa para colaborar com usuários que não sabiam ler, para que tomassem adequadamente as medicações. Cortaram caixinhas de leite e identificaram com meio sol, sol inteiro e lua, simbolizando os horários da manhã, do meio-dia e da noite. Semanalmente o ACS comparecia a casa desses pacientes com a medicação e abastecia as caixinhas com a quantidade da semana e explicava quantos eles tinham que tomar em cada horário. Algumas pessoas da população interviam falando que o ACS não tinha formação suficiente para exercer a pedagogia e criar estratégias de ensino.

A educação está tão difícil que nem para aceitar uma caixinha com sol, eles têm capacidade, nem o básico do básico, a pessoa não consegue entender que aquilo ali é para o bem dele [...] Eles estão acostumados a receber coisa pronta e não estão abertos a novas experiências. Eu me senti muito mal.

Até as formas mais simples, mais singelas de a gente tentar inserir um conhecimento básico para o paciente são recebidas com hostilidade.

Foram pontuadas questões governamentais que afetam diretamente as condições de saúde da população, como o baixo investimento na educação básica e a ausência de sincronia nas ações dos Ministérios da Saúde e da Educação.

A educação no Brasil está em decadência, nós temos direito a educação, mas não temos esse investimento. Deveria começar pelos professores. Para formar bons profissionais, bons cidadãos, tem que começar desde a primeira série, com bons professores. Você vê assim, filho de bandido, vai ser bandido, porque na vida acontece isso. Mas, se tiver uma direção, se tiver educação, isso pode mudar. Talvez a gente possa ajudar a mudar essa repetição de padrão

Em um país onde não se investe em educação como é que nós vamos ter saúde?

Foi comentado, também, que a educação e saúde precisam unir forças para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, mas isso nem sempre é realidade. Aconteceram tentativas da equipe de saúde em fazer intervenções nas escolas e encontraram resistência.

[...] Não aceitavam o pessoal da odontologia dentro da escola. E aí eu te pergunto: 'Qual a razão para isso acontecer?' 'Por que a gente não pode fazer intervenções de saúde dentro de uma escola?' Não tem lógica. E encontramos essa resistência. Os ministérios precisam se conversar e o da Educação deveria ser o primeiro.

O médico da UBS faz um trabalho fantástico nas escolas, ele leva médico, psicólogo e enfermeiro, é uma semana de saúde, mas foi impressionante a dificuldade que ele enfrentou para entrar. Teve que acionar uma pessoa da Secretaria de Saúde, para 'meio' que usar da influência dela e conseguir porque a diretora não abriu a escola para saúde e eu não consigo achar uma justificativa pra isso.

Os participantes acreditam que as escolas são espaços de convivência social que, além da educação formal, colabora na formação do caráter e modelagem de atitudes.

Saber conviver socialmente. Isso a gente aprende na escola, deveria aprender na escola de forma digna, de forma adequada. Se você aprende a respeitar seus direitos, vai respeitar os direitos dos outros também.

No colégio eles aprendem não só as matérias básicas, mas aprendem o convívio com as pessoas, hierarquia, aprendem a ouvir a professora [...] a educação em si não é só importante pelo português e matemática, mas a vida.

As deficiências de educação moral e comportamental foram associadas à insuficiência da educação formal. Quando o jovem não recebe a educação no ambiente escolar e doméstico, cresce sem regras e com dificuldades no convívio social.

Muitas vezes a pessoa não respeita, porque ela já foi criada sem regras, sem educação e sem direcionamento, e quem é criado assim é mal educado, grita, bate [...] Enfim, nossa fala é essa, educação, respeito e valorização ao direito humano.

Contrário a essa cena, a pessoa que é bem educada, trata os demais com respeito e se importa com o bem estar de todos.

A pessoa que é educada, ela respeita, ela conhece os direitos dela e os direitos do outro e quando ela conhece esse direito, ela se coloca no lugar do outro. Aprende que ela tem o direito de ir reivindicar as consultas, mas ela, também, sabe que tem a obrigação de respeitar o médico, o colega, o outro paciente.

A fragilização da estrutura familiar, vivenciada pela sociedade moderna, foi apontada pelos participantes dos seminários como fator

influenciador na educação formal e comportamental, especialmente dos jovens e crianças.

Tem criança que você sabe que só vai pra escola por causa do lanche, mas não tem um chinelo, não tem um par de calçados adequado e está indo para escola, você acha que ela tá no pique de aprender?

Os professores até reclamam disso [...] Ou porque o pai é alcoólatra, ou seja famílias desestruturadas

Nós somos corresponsáveis pelos adolescentes [...] Nós devemos dar exemplo para esses. Se não quer que seu filho faça alguma coisa, você tem que parar de fazer.

Eu acho que o Brasil chegou em um ponto onde a educação tem que sair da grade pedagógica e ir para a psicológica. Muitas vezes os pais não dão limites e acabam indo contra a escola e fica essa briga, pais e escola tentando educar, mas brigando pelo mesmo propósito

A estrutura familiar e o convívio social colaboram para que o jovem tenha perspectivas melhores para o futuro, inclusive relacionadas a sua própria saúde e a de outros.

Direito à estrutura familiar

Os participantes dessa pesquisa acreditam que houve uma mudança na estrutura familiar nas últimas gerações e está ocorrendo repetição de padrões para os quais os profissionais da saúde precisam atentar e intervir. Por exemplo, uma mulher que foi mãe adolescente, com frequência ocorre de a filha ser mãe na adolescência também, e a mulher torna-se avó muito jovem.

É uma repetição de padrão que a gente tem que respeitar. [...] Da mesma forma que respeitamos, devemos criar métodos para oferecer outras opções, expandir o conhecimento dessas pessoas mostrando que existe uma realidade além da favela, além da condição que muitas vezes é desumana, [...] que a vida não é ter filho aos 15 anos eternamente. Essa geração que com 50 anos já é bisavó.

Os profissionais relatam que, ao receberem uma adolescente na UBS, sentem-se no dever de prestar informações além das rotineiras sobre sexo, prevenção de DST e gestação precoce.

Respeitando as crenças e valores recebidos pelas jovens em sua família, os participantes, prestam orientações sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, e sobre o que eles denominaram 'educação para a vida'.

Quando a adolescente é bem acolhida e bem acompanhada, ela responde com responsabilidade. Um profissional relatou a seguinte experiência:

A primeira vez que eu fiz um pré-natal de uma adolescente eu fiquei chocada. Chamei pelo nome e entrou uma 'criança gordinha', aí eu falei, "cadê sua mãe?" Porque eu achei que era a mãe dela que estava grávida. Ela respondeu: "Não está aqui." Eu disse: "Mas é uma consulta de pré-natal." Ela me olhou e disse: "Sou eu." A 'ficha não caiu'. "Quantos anos você tem?" "Doze." Meu Deus do céu [...] A menina ganhou a criança e foi uma excelente mãe, foi em todas as consultas do pré-natal, teve um parto super tranquilo, compareceu em todas as consultas de puericultura e não atrasa a vacina.

Direito ao respeito da dignidade humana

Outro ponto discutido pelos profissionais foi o respeito e valorização da pessoa enquanto ser humano com suas convicções pessoais, tais como, sexualidade, religiosidade e costumes.

O respeito é isso, é o respeito ao paciente, ao que ele é.

Uma forma de respeito a pessoa é chamá-la pelo nome. Na experiência da APS, isso fortalece o vínculo entre o paciente e a equipe.

Interessante isso de chamar o paciente pelo nome. [...] Eu sei quem é o paciente porque agora eu chamo ele pelo nome, e ele me chama pelo meu nome. Antes não tinha esse tipo de atendimento, só depois do PMAQ que surgiu isso.

Respeitar a pessoa envolve, também, respeitar o seu espaço e sua intimidade e resguardar as informações a seu respeito.

Direito ao sigilo e privacidade

O respeito ao sigilo das informações e a privacidade do paciente é um grande desafio na Atenção Primária à Saúde, segundo os profissionais que participaram dos seminários, e alguns fatores colaboram para isso.

O prontuário compartilhado por toda a família é um desses fatores. Cada membro da família tem um envelope onde são arquivadas todas as suas informações, porém, isso é arquivado em um envelope maior, chamado de prontuário da família, onde ficam os envelopes de todas as pessoas que moram no mesmo domicílio. Para alguns procedimentos, os recepcionistas entregam o prontuário diretamente na mão do usuário e ele poderá ter acesso às informações da família toda.

Outro fator complicador para o respeito ao sigilo das informações é o livre acesso aos prontuários por todos os trabalhadores da UBS, alguns, segundo os participantes dessa pesquisa, sem o devido preparo ético para isso, como os ATAS e os ACS. Percebeu-se um clima de desconforto entre os profissionais ao tratarem desse tema, inclusive com pedidos de desculpas. O argumento utilizado para justificar o pressuposto de que alguns ATAS e ACS podem ter uma formação de ética profissional com algum grau de deficiência é o fato de eles não realizarem cursos preparatórios para exercerem a profissão. Dentro do currículo acadêmico da enfermagem e da medicina são ofertadas disciplinas de ética, bioética e legislação do exercício profissional.

Como muitas pessoas ficam sabendo das anotações contidas no prontuário, os comentários sobre o caso dos pacientes são quase inevitáveis e o paciente sabe desse fato e, com isso, fica inibido e deixa de relatar informações durante as consultas.

Os próprios pacientes estão super acostumados de saber que todo mundo sabe e, muitas vezes, a gente não atinge problemas mais profundos porque não tem sigilo e eles realmente não tem coragem de revelar.

Se bobear o ATA da recepção, sabe da história do paciente porque é comentado. Virou um vício porque todo mundo acaba comentando e isso é errado, a gente não tem esse trabalho ético tão mais pesado.

O respeito à privacidade foi abordado sob dois aspectos, durante a visita domiciliar e o atendimento na UBS.

Foi relatado pelos envolvidos nesta pesquisa que os pacientes não se incomodam com a entrada dos profissionais dentro da casa deles, pelo contrário, demonstram satisfação com o fato.

O paciente dentro da casa dele parece que tem uma outra posição [...] O paciente age de forma carinhosa, ele age de forma mais atenciosa ainda recebendo aquele profissional dentro da sua casa.

Quanto ao atendimento dentro da UBS, os profissionais enfrentam algumas dificuldades para garantir a privacidade do paciente, tais como, ambientes muito quentes que levam à realização de consultas médicas e de enfermagem com a porta do consultório aberta e o armazenamento de materiais nos armários dentro dos consultórios, fazendo com que outras pessoas tenham a necessidade de entrar no ambiente durante a realização das consultas.

Está calor, não tem um ventilador, deixa a porta aberta mesmo, a gente pede desculpa para o paciente porque não tem condição de atender no calor.

Muitas vezes você está atendendo e tem gente entrando [...] Eu fico muito brava, mas eu sei que toda hora precisa das salas, isso é algo que acontece, só que é um erro, se a gente tivesse um lugar para os materiais ficarem, ninguém ia ficar entrando nos consultórios toda hora.

Percebe-se nesse discurso problemas relacionados com a infraestrutura, que foi outro direito discutido durante os seminários.

Direito à infraestrutura adequada

Os participantes consideraram como sendo uma infraestrutura adequada, um local que ofereça conforto para o profissional e para o paciente e que favoreça o respeito à privacidade.

Outra condição citada foi a estrutura de transporte para os pacientes. Quando é necessário remover um paciente da UBS para um hospital, em alguma situação de urgência, é acionado o SAMU. Os profissionais acreditam que deveria haver um serviço de transporte somente para atender as UBS pois o SAMU já opera no limite de sua capacidade e com longo tempo de espera.

O SAMU é para pacientes mais graves, ele tem que atender a população e não o posto de saúde, só que as vezes a gente acaba apelando e fica horas esperando.

Havendo a necessidade de o paciente ser atendido no hospital, esse deveria ter infraestrutura completa para atender o paciente. Condições e recursos financeiros para isso o País tem, haja visto, a alta taxa tributária imposta para os brasileiros.

Parece uma coisa utópica, mas não devia ser. Com toda a carga tributária do País, isso é possível no SUS, muito possível, mas os políticos não têm vontade de fazer e isso é um direito de todos nós [...] A maioria dos profissionais se esforça muito, mas a gente não tem recurso, o problema é esse, a gente não tem atenção à saúde e não tem recurso.

A falta de investimento na saúde fere outro direito do paciente que é o atendimento humanizado.

Direito à humanização

A humanização da assistência na APS foi associada, por alguns participantes dessa pesquisa, com a capacidade do profissional de colocar-se na situação do paciente, ou seja, a empatia, e com amor ao próximo.

O que está faltando mesmo [...] no nosso trabalho é amor pelo próximo, amor pelo semelhante. Se eu quero o bem pra mim, e quero o bem para o irmão.

Quando eu tenho consciência de que o meu trabalho deve ser humanizado eu vou me colocar no lugar do paciente, vou pensar melhor no que pode ter acontecido até chegar a mim, no meu atendimento.

Ao chegar para ser atendido o paciente vem com uma carga relacionada a atendimentos anteriores, muitas vezes ele está vindo do terceiro ou quarto equipamento e onde pode ter sido mal atendido. Nessa situação, o paciente chega na UBS revoltado e com 'três pedras na mão', segundo os participantes. A tendência é o profissional atender da mesma forma. Entretanto, se a equipe tem a consciência que seu trabalho deve ser humanizado, vai tratar o paciente com paciência, respeito e ouvir a dificuldade dele. A escuta qualificada é terapêutica, quando o profissional dedica tempo para ouvir com atenção a fala do paciente, grande parte dos problemas estarão resolvidos.

Uma vez que eu tenha a consciência da humanização eu vou tratar o paciente com o respeito que ele merece, eu vou ouvir de verdade a dificuldade dele. Independente de eu poder resolver ou não o problema. Na grande maioria das vezes, ele quer apenas falar. Tem muitos pacientes que chegam lá pedindo 'Rivotril', falam, falam, falam e a gente só escutou, não deu nada e resolveu o problema dele. Nossa, eu acho que o atendimento humanizado está acima de tudo.

Os profissionais acreditam que a humanização, desde o primeiro atendimento do paciente, é essencial, que uma vez bem feito evita futuros problemas para a equipe e para o usuário e diminui as idas do paciente à UBS. Para isso é necessário que o paciente seja visto de forma integral, inclusive sendo orientado sobre seus direitos.

O paciente que vai todo dia no posto é porque ele é mal atendido. O dia que ele for bem atendido ele vai passar um tempo sem voltar ou vai voltar quando ele realmente tiver necessidade.

Tem que atender ele bem para que as necessidades dele sejam atendidas e ele não retorne toda hora.

Humanizar a assistência é garantir o respeito aos direitos do paciente e realizar o atendimento pautado nos princípios da ética e valorização do ser humano.

Direito a ser atendido com ética

Durante os seminários, quando os profissionais discutiram sobre a ética na APS, retornaram o assunto do acesso do ACS ao prontuário e acrescentou-se a questão que, a maioria desses profissionais, são moradores da área de abrangência da equipe. Foi sugerido que, após o contrato dos Agentes Comunitários e antes de eles serem colocados na prática, seja oferecido para esses profissionais uma formação ética, para que abordem o paciente com maior preparo.

Direito à igualdade e equidade

A igualdade entre todos os cidadãos é um direito assegurado pela CF e concretizou-se como um dos princípios do SUS.

Os profissionais envolvidos nessa pesquisa relataram que existem desigualdades evidentes em nosso país, tanto financeira, como intelectual.

A desigualdade está em todo lugar. É como se fosse o céu e o inferno. Quem está no céu acha que pode tudo, que nada é limite para ele. E quem está no inferno também acha que pode tudo, porque ele não tem mais nada a perder. Os ricos as pessoas não respeitam porque eles têm dinheiro para pagar o que quiserem. Na favela as pessoas não respeitam porque não tem lei.

Nas comunidades periféricas são onde existem maior necessidade de serviços de saúde atuantes e disponíveis para a população, pois são as comunidades que mais precisam de assistência médica e onde encontra-se a maior concentração de pessoas.

Essas comunidades são reconhecidas como frágeis, pois algumas regras municipais não são seguidas, tais como, coleta de lixo em todas as ruas, escoamento do esgoto, o espaço de construção da calçada não é respeitado, constrói-se muros onde os moradores bem entendem, todas condições que afetam a saúde dos moradores. Acrescenta-se a esse quadro o risco de desapropriação para construções de condomínios, nos quais residirão outras pessoas, que não serão os desapropriados.

Existe uma briga política muito grande, quem tem os prédios voltados para a favela precisa amenizar essa imagem. Se você olhar essas obras que tem na Marginal (referindo-se à marginal Pinheiros), eles tiraram boa parte das favelas de lá, porque isso desvaloriza o imóvel. É uma briga social muito grande, de um lado estão as incorporadoras e do outro está a população precisando de moradia.

E é muito interessante porque você olha de um lado aqueles prédios belíssimos, e do outro lado a pobreza, a desigualdade social que grita, grita em todos os lugares que nós vemos e que é nossa realidade.

As comunidades periféricas foram apontadas como locais que precisam de mais segurança.

Direito à segurança

Os profissionais da saúde realizam atendimento em todas as áreas, inclusive em algumas que apresentam maior periculosidade. Nesses locais, eles acreditam que deveria haver um reforço policial para garantir a segurança da comunidade. Durante a visita a uma comunidade periférica com histórico de violência, os profissionais relatam não terem encontrado viaturas policiais.

Não tinha uma viatura de polícia, não vimos uma e nós ficamos perdidos lá dentro, andamos um monte, pergunta se tinha uma viatura de polícia. Não tinha uma.

Direito ao transporte gratuito

A direito ao transporte gratuito estar assegurado para alguns grupos especiais, entretanto, segundo os participantes dos seminários, algumas pessoas tentam burlar o sistema.

Muitas pessoas vão na internet, pegam um diagnóstico e pedem para o médico colocar aquele diagnóstico que dá direito ao transporte gratuito.

Tendo discutido sobre os direitos dos pacientes na Atenção Primária à Saúde, os profissionais pontuaram sobre os problemas que enfrentam para respeitar esses direitos e propuseram soluções.

6.4 PROBLEMAS PARA O RESPEITO AOS DIREITOS DOS PACIENTES NA APS E PROPOSIÇÃO DE SOLUÇÕES

O desconhecimento dos direitos dos pacientes pelos próprios pacientes e pelos profissionais, a desumanização nos serviços de saúde, o excesso de burocracia, o sistema de saúde fragmentado e pouco resolutivo, os altos índices de analfabetismo, a falta de educação em saúde e as falhas no sistema e nos programas governamentais foram os problemas pontuados pelos profissionais, como impeditivos ao respeito aos direitos pacientes na APS.

6.4.1 Desconhecimento dos direitos dos pacientes

Conforme discutido nos seminários dessa pesquisa, tanto os profissionais como os usuários desconhecem os direitos dos pacientes. Isso é problema para ambos. Se o profissional desconhece, ele poderá desrespeitar os direitos e, ainda, não saberá orientar o paciente. Se é o paciente que desconhece, ele poderá não requerê-los ou solicitar algo que não seja seu direito, mas que seja apenas seu desejo.

Desconhecimento dos direitos pela equipe

Alguns profissionais referiram que desconheciam os direitos dos pacientes, até participarem dessa pesquisa.

Eu não sei quais são os direitos dos pacientes.

Nós não sabemos o direito constitucional e nem o direito do usuário.

Foi relatado que falta divulgação dos direitos dos pacientes, por exemplo, nos murais das UBS deveriam haver quadros informativos, que serviriam para direcionar os profissionais e os usuários.

Eu não sei quais são os direitos dele e não tem em um quadro, eu nunca vi [...] já vi no (cita três instituições privadas), mas nunca vi na rede pública.

Se o profissional desconhece, poderá desrespeitar os direitos dos pacientes e não conseguirá orientá-los sobre o assunto e estes poderão permanecer no desconhecimento.

O desconhecimento traz o descaso da equipe de saúde quanto à necessidade do paciente.

O Paciente não sabe quais são os seus direitos e eu não sei falar com ele, 'esses são seus direitos', porque eu não sei, eu não conheço. Como você vai orientar se você não sabe os direitos dele?

Desconhecimento dos direitos pelos usuários

O desconhecimento dos próprios direitos pelos pacientes foi citado como um sério problema na Atenção Primária. Se o usuário não tem ciência dos seus direitos, terá dificuldade em buscar o seu atendimento ou poderá solicitar benefícios que não sejam seus direitos, sejam apenas vontades.

Eu vejo um problema muito sério em relação aos direitos dos usuários, é o usuário não saber o que é direito.

Eles reivindicam coisas que não me parecem direito [...] e o que realmente é direito eles não têm a menor noção.

Os profissionais foram enfáticos sobre a questão de o paciente requerer benefícios que não sejam seus direitos, que sejam simplesmente para saciar seus desejos. Outra situação é quando o paciente acredita que possui mais direitos do que os demais usuários. Essas crenças podem interferir na garantia dos direitos do conjunto dos usuários.

Nas unidades básicas os pacientes, de forma superficial, reclamam seus direitos, mas desconhecem estes, nem sempre entendem que a necessidade prevalece sobre a vontade.

Eles desconhecem os direitos e reivindicam coisas que na realidade não são direitos. Eles exigem mais do que lhe é realmente de direito.

Soluções para o desconhecimento dos direitos dos pacientes

As soluções para o desconhecimento dos direitos dos pacientes iniciam com o investimento na formação dos profissionais, para que toda a equipe esteja sensibilizada e promova os direitos dos pacientes entre os trabalhadores e os próprios pacientes.

Porque se os profissionais não sabem, os usuários não sabem.

A partir do momento que você tem na sua cabeça quais são os direitos, dentro dos seus conceitos, do seu trabalho, da sua profissão, daquilo que você desenvolve, você trabalha bem e transmite esse conhecimento.

Os profissionais sugeriram algumas ferramentas de divulgação dos direitos dos pacientes:

- Confecção de painéis que constem os direitos e os deveres dos pacientes para serem fixados nos murais das UBS.
- Elaboração de uma cartilha ilustrada que trate sobre os direitos e deveres dos pacientes ou a ampla distribuição da ‘Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde’ ou, ao menos, disponibilizar a Cartilha em todos os setores da UBS.
- Orientação do paciente quanto ao funcionamento do SUS, para que ele entenda o que é seu direito dentro do Sistema e saiba como requerê-lo.
- Diminuição da rotatividade dos profissionais nas UBS, fortalecendo o vínculo entre a comunidade e a equipe.

6.4.2 Desrespeito aos direitos dos pacientes

O desrespeito aos direitos dos pacientes, segundo os integrantes dessa pesquisa, pode ocorrer em vários níveis. O Estado que viola os direitos através de um sistema de saúde que não contempla as necessidades dos cidadãos, os profissionais que não investem tempo em ouvir as necessidades dos pacientes e os tratam

de forma desumanizada e os pacientes que desconsideram os direitos dos demais pacientes.

O Sistema Único de Saúde apresenta falhas que infringem os direitos dos pacientes. Foram citadas a disparidade entre a infraestrutura das unidades e a demanda da área, com a busca por atendimento maior do que a UBS pode oferecer, e a falta de medicamentos e materiais, tais como, insulina, papel toalha, cadeiras na recepção para acomodar os que esperam por atendimento, entre outros.

A atenção em rede nem sempre funciona. Existem poucas vagas disponíveis para consultas com especialistas, falta de serviços de referência para alto risco e reabilitação. Além disso, a determinação de que a consulta médica da Estratégia Saúde da Família deve acontecer em 15 minutos, o aumento do número de consultas, com consequente diminuição das visitas domiciliares, está proporcionando a quebra do vínculo entre a equipe e a comunidade.

A diminuição das visitas domiciliares está quebrando esse vínculo, ou seja, isso daqui não tem discussão.

Eles acabaram com a medicina da família. O problema é bem maior do que a gente tá enxergando.

O desrespeito pode ocorrer, também, por parte dos profissionais em relação aos pacientes. Foi pontuado que alguns trabalhadores procuram, simplesmente, 'cumprir diariamente suas obrigações' e se esquecem de ouvir o paciente, especialmente no atendimento da demanda espontânea, e outros desrespeitam o momento em que outros colegas estão realizando atendimento, comprometendo a privacidade do paciente.

Percebo que há uma preocupação em 'limpar' a demanda espontânea e encaminhar ao AMA/PS. Essa preocupação acaba apressando o atendimento, diminuindo a atenção e a oportunidade de orientação e aumentando a frustração do usuário. Sendo que a orientação deveria ser livre.

Em que momento dentro das nossas unidades de saúde nós paramos para pensar quão educados nós somos com nossos colegas? Quão educado nós somos quando os médicos estão em consulta ou os enfermeiros? Ficamos batendo na porta, no

desespero. Temos que parar, pôr o pé no freio e pensar: a educação é algo fundamental, mas nós precisamos pensar quão educados nós somos no dia-a-dia.

Alguns pacientes desconsideram os direitos dos demais usuários e querem ser atendidos prontamente toda vez que procuram o serviço. Quando encontram dificuldades, eles forçam o atendimento, mesmo que isso cause atraso nas consultas dos pacientes agendados.

O paciente força, força até que ele entra na sua sala. [...] Ele desrespeita o direito dos outros que marcaram, que chegaram meia hora antes, e se você fala ele te acusa de que você não está respeitando o direito dele. A pessoa não sabe conviver socialmente. É uma cadeia de desrespeito.

Os integrantes dos seminários propuseram algumas soluções para que os pacientes e os profissionais conheçam os direitos dos pacientes.

Soluções para o desrespeito aos direitos dos pacientes

Para possibilitar o respeito aos direitos dos pacientes foi proposto:

- Disseminação do conhecimento sobre os direitos dos pacientes.
- Otimização dos conteúdos da TV educativa, que fica ligada na recepção das UBS, incluindo conteúdos sobre os direitos dos pacientes.
- Organização da recepção das UBS com senhas e local adequado para esperarem pelo atendimento.
- Humanização da assistência.

6.4.3 Desumanização nos serviços de saúde

A desumanização foi percebida como o desrespeito aos direitos dos pacientes. O acolhimento realizado de forma inadequada

ou ausente, profissionais que não se preocupam em serem claros nas orientações, atendimento demorado ou de má qualidade.

Quando o atendimento é ruim o paciente precisará fazer vários retornos à UBS para ter suas necessidades atendidas e seus problemas resolvidos.

O mau atendimento faz com que o paciente volte e retorne novamente [...] Tem que atender ele bem para que ele não retorne toda hora e as necessidades dele sejam atendidas.

Foi discutido que alguns pacientes chegam nas UBS irritados, descontrolados emocionalmente, e os trabalhadores não podem responder da mesma forma.

Você vai se descontrolar junto com ele? Lógico que não. Você tem que se manter no seu papel.

Os grupos de pequenas queixas foram citados como um problema para o respeito aos direitos dos pacientes e uma forma de atendimento desumanizado.

Essas consultas dos grupos de pequenas queixas são realizadas em meio a outras pessoas. Ocorre com falta de privacidade. O direito de privacidade e de uma boa conduta fica inevitavelmente prejudicada [...] Isso, sem dizer que são 40 ou as vezes mais atendimentos em duas horas.

A obrigatoriedade da consulta rápida também colabora para a desumanização na saúde. Foi pontuado que a realização de uma consulta médica em 15 minutos, que é o tempo proposto pela PMSP, é insuficiente para ouvir, fazer os questionamentos, orientações e encaminhamentos e que é necessário considerar que, dentro desse tempo, o médico precisará dispensar alguns minutos para preencher os impressos necessários para alimentação dos sistemas de gerenciamento de dados.

O paciente chega e diz: “Dr. X está demorando tanto que agora o senhor vai ter que ter paciência para atender um monte de coisa que eu tenho para queixar”. ‘Em 10 minutos? Você pode queixar tudo que você puder, mas eu só tenho 10 minutos’. Eu não posso fazer mais nada, porque já tem outro cartãozinho, tem outro cartãozinho, tem outro cartãozinho (referindo-se ao cartão de identificação da família que é utilizado para organizar a ordem

de atendimento). *Só tem 10 minutos, vamos tentar resolver o máximo possível.*

A intolerância de alguns profissionais com algum equívoco da equipe ou do próprio paciente também desumaniza a atenção.

O pior que eu acho é, na agenda no dia de puericultura marcaram um adulto. E o médico fala 'eu não vou atender, não vou atender porque hoje é o dia de criança'.

O excesso de burocracia e a sobrecarga dos profissionais levam a prestação de cuidado mecanizado.

Muitas vezes, por conta de burocracia, da correria do dia a dia, acabamos querendo enquadrar o usuário às nossas necessidades, 'Você tem que vir aqui em tal horário, se você não fez isso não tem direito aquilo' e acabamos ditando o direito dele ao invés de mudar o nosso trabalho em função das necessidades que são reais.

Soluções para a desumanização nos serviços de saúde

As soluções para a desumanização nos serviços de saúde iniciam pela melhoria na comunicação entre a equipe e os pacientes, para que possam negociar propostas para melhor atender as necessidades de saúde do paciente.

Facilitar o atendimento negociando soluções de acordo com as necessidades.

Os participantes sugeriram algumas estratégias para a garantia dos direitos dos pacientes:

- Sensibilização dos profissionais para respeitar o paciente e a seus direitos.
- Conscientização dos pacientes quanto a necessidade de controlarem suas emoções e respeitarem os demais usuários e os profissionais.
- Disponibilização de mais vagas na agenda médica e de enfermagem para atender toda a demanda, sem a necessidade de atendimentos coletivos.
- Desburocratização do sistema para facilitar o trabalho dos profissionais e otimizar o tempo dos atendimentos.

6.4.4 Burocracia em demasia

Durante os seminários foi discutido que a burocracia em demasia se constitui em um dificultador para o respeito aos direitos dos pacientes na APS. O sistema de saúde é burocrático e o excesso de papéis colaboram para a burocracia em demasia. Esses aspectos tornam o sistema lento, pouco resolutivo e desgastante para os pacientes e para a equipe.

A dificuldade do sistema, que é muito burocrático o que atrapalha na agilidade dos atendimentos

A burocracia é uma coisa bem forte no Brasil. A questão da burocracia, é você fazer a receita e se você esqueceu de colocar a data só pode ser caneta da mesma cor. São burocracias desnecessárias.

Burocracias do sistema de saúde

Quanto as burocracias do SUS, os participantes apontaram, como problemas que entravam o sistema e incorrem no desrespeito aos direitos dos pacientes, aspectos relacionados à inadequada distribuição das vagas dos especialistas, ao sistema de agendamento eletrônico que causa transtornos e aos programas governamentais pouco resolutivos e muito complicados.

A distribuição de **vagas para especialistas** é feita por região de referência. A distribuição dessas vagas parece acontecer de forma aleatória e não seguem a necessidade de cada área. Ocorre que, algumas vezes, o local de atendimento é muito distante da residência do paciente e outros locais mais perto, que oferecem vaga para a mesma especialidade, são referência para outra UBS. O ATA responsável pela regulação das vagas não consegue agendar em locais que não sejam referência, mesmo que haja vagas disponíveis.

Você tem vaga, principalmente na parte de psiquiatria, você é dessa região aqui e não pode marcar naquela região lá, e a vaga fica lá perdida e você não pode usar, acho isso um absurdo porque o médico está lá, e se você marca reclamam porque não

é para marcar, aí ficam sem fazer nada porque para aquela região não tem necessidade.

Humanizar o atendimento seria se eu pudesse usar a vaga que está lá obsoleta, que o médico está parado sem fazer nada. A burocracia que a gente tem é vergonhosa.

Na regulação tem vaga lá na zona norte para o psiquiatra, mas não pode agendar porque não é referência da UBS. E lá está sobrando vaga e aqui está faltando vaga. Quer dizer é uma má distribuição na cidade, poderia deixar aberto isso para todo mundo, para equalizar. Não, não pode, então fica aquela vaga lá obsoleta e vaga faltando desse lado.

Ocorrem **falta de vagas** para algumas necessidades específicas, como o tratamento de dependência química. Os profissionais precisam buscar alternativas para atender essa demanda.

Eu vi o quanto é burocrático conseguir uma vaga para um paciente usuário de droga, a gente não consegue, busca, busca e não consegue, se o profissional não for buscar um equipamento a parte, por conta própria e direcionar aquela família, não consegue.

O **sistema de agendamento eletrônico** tem gerado alguns transtornos para as UBS. O sistema fica fora do ar devido a problemas no servidor ou por ser dependente de acesso à internet, quando há algum problema de conexão com a rede, não é possível acessar o sistema. Além disso pode ocorrer duplicidade de agenda.

A gente estava falando da agenda de papel. A agenda de papel é proibida, mas a agenda de papel não cai o sistema, a agenda de papel não quebra, a agenda de papel não tinha duplicidade de agendamento, a gente tinha controle na agenda de papel, e hoje todo o sistema é elaborado para facilitar mas, mais atrasa a fila do que qualquer outra coisa.

É impossível a gente conseguir arcar com esse direito do usuário que é agilizar, resolver o problema dele em tempo hábil. Porque a burocratização...

Alguns **programas governamentais**, como o Programa Remédio em Casa, foram citados como projetos que aumentam a burocracia e o custo em saúde mas não são resolutivos.

São programas que só aumentam a burocracia, dificultam o fluxo e não são funcionais. Eu não conheço nenhum médico que é a favor do remédio em casa.

Eu sou contra, acho que é assim, a prefeitura finge que entrega tudo certinho, o paciente finge que está tomando tudo certinho e a equipe finge que atende o paciente e que o paciente está controlado.

Muitas vezes o paciente é cadastrado no programa para garantir o recebimento da medicação e não por uma real necessidade de receber a medicação em casa.

O excesso de burocracia do sistema causa morosidade no atendimento e desrespeito aos direitos dos pacientes.

O usuário chega na UBS e está com uma dor e não consegue resolver ali na UBS, aí ele vai para o AMA e chega no AMA e pega um encaminhamento para especialidade. Ele tem que voltar na UBS para ser encaminhado para o SP solidário, então assim o próprio sistema, ele não pode ser encaminhado direto do AMA? A burocracia pra mim é um dos problemas maiores.

Quando eu li a carta dos direitos, a primeira coisa que eu pensei foi essa, agilidade, a gente não tem, “em tempo hábil e em condições seguras”. A gente tem vontade e trabalha, mas o sistema, a regulação me revolta. Aí vem uma mãe com uma criança no colo me pedir uma guia para passar no oftalmologista, porque o médico da Santa Casa não aceitou, porque tinha que ser oftalmologista ‘infantil’, aí encaminhou para outro local para refazer o encaminhamento. Qual a diferença do CRM do médico da Santa Casa para o do outro? Às vezes uma coisa podia ser resolvida na primeira.

Excesso de papéis

O excesso de papéis foi citado como um problema grave na APS. Existem muitos formulários, fichas, guias e impressos, o que tira o foco do atendimento ao paciente para o preenchimento da papelada.

Na consulta médica, por exemplo, que a Prefeitura estabelece 15 minutos para cada consulta, os profissionais relatam que cerca de cinco minutos é gasto preenchendo os impressos. Para cada problema do paciente, tem um papel a ser preenchido, com o inconveniente de informações serem repetidas e alimentarem o mesmo sistema.

É muito impresso para a mesma coisa, e é totalmente desnecessário. Se é SUS é SUS tem que ter um papel só.

Para cada queixa do paciente tem um papel para preencher

Assim, além de ter que preencher impressos com informações repetidas, há a necessidade de consultar o sistema para utilização dessas mesmas informações para a elaboração de planilhas gerenciais. Dessa forma, o profissional preenche vários impressos para alimentar o sistema e, posteriormente, ele precisa retirar as mesmas informações do sistema.

Muitos impressos, muitos deles contêm, na realidade, as mesmas informações e você tem que repetir e preencher aquilo. [...] você cansa de repetir e tudo vai para o mesmo lugar.

Um exemplo é o consolidado fechamento de gestão que é aquele monte, tem vários sistemas de digitação para aquilo, mas a gente no final do mês ainda tem que fazer uma planilha manual que tira todas as informações que no SIGA e no PIAI já tem.

O ATA do Mãe Paulistana digita toda vez todas aquelas informações. Já está lá no sistema, então qual objetivo de fazer uma terceira planilha que tem aquilo que ele fez o mês inteiro? Essa é a questão, mas aí, eles não se conversam. Um setor quer aquela planilha, outro setor quer outra planilha. Não poderia se fazer uma que sirva para os três? Uma pra cada um, para quê?

Foi citado, também, o exemplo dos impressos do planejamento familiar que, além de ser um formulário com muitas folhas, contém muitas informações repetidas.

As informações contidas em alguns formulários são inúteis para a prática.

Porque não convocam os profissionais que trabalham na área para saber se aquele papel vai ser útil para alguma coisa, porque tem algumas coisas que não tem utilidade.

Você fica gastando tempo, se estressando o mês inteiro com aquela internet que nunca funciona para no final do mês não usar aquilo que você digita. Não precisaria disso.

O profissional gasta muito tempo preenchendo papeis e ainda precisa cumprir as metas impostas pelo programa, como número de consultas, de visitas domiciliares, entre outros, o que, na opinião dos participantes, é incompatível.

Eu acho que a quantidade de papéis que tem para o número de metas é completamente incompatível.

Essa produção que não condiz com a qualidade que a gente tem que prestar.

Outra questão pontuada, foi a falta de padronização dos papéis. Cada equipamento de saúde tem um impresso diferente para a mesma solicitação.

Cada serviço de saúde público tem um impresso diferente.

No AME é um impresso para o pedido de exame e na UBS é outro impresso, e no AMA é outro impresso, enfim, o que acontece?

Se o paciente passou em consulta no AMA ou no AME e o médico solicitou alguns exames que serão coletados na UBS, o paciente precisará trocar as guias de solicitações pois são diferentes de um local para outro. O paciente precisará agendar consulta na UBS, esperar até o dia que há vaga para, então, trocar as guias e coletar os exames. Isso gera descontentamento nos usuários, agravamento no seu quadro de saúde e desrespeito ao seu direito.

Outro questionamento dos profissionais relacionado às idas e vindas dos pacientes por conta da papelada é o porquê o regulador do AMA ou do AME não pode fazer o agendamento dos exames solicitados pelos especialistas desses locais.

Dois erros. Primeiro o AME tem regulador, então o paciente não precisa nem voltar. Se o especialista encaminhou, eles podem agendar de lá mesmo. Mas eles mandam de volta para o posto. Aí quando chega na UBS, acontece o segundo erro, tem que trocar a guia. Na troca de guia, como a gente nunca sabe exatamente qual é a situação tem que marcar consulta. O paciente volta e tem que aguardar mais um tempo para conseguir consulta para trocar a guia. Eu acho que tinha que acabar com esse fluxo.

Ele espera de novo para ser chamado, quer dizer, atrasa exames, atrasa consultas, atrasa tudo. Sem contar o descontentamento do usuário. Se ele já passou no médico, por quê que ele tem que passar de novo só para trocar uma guia?

Os impressos da rede são diferentes de um local para outro, se for necessário encaminhar o paciente para a rede, alguns locais possuem o impresso de referência exclusivo para aquele local. Ocorre

que o paciente sai da consulta sem saber onde a regulação conseguirá vaga, então ele sai com a ficha padrão, se a vaga conseguida for para um desses locais com fichas exclusivas, ele precisará voltar a falar com o médico para realizar a troca da ficha.

Você faz uma guia de referência, preenche toda a guia, coloca o histórico e o CID [...] Eu não sei de onde é mas precisa mandar o deles próprio, que é igual, mas é deles. Então você tem que parar, o médico tem que refazer toda aquela guia, com o histórico, para poder mandar o paciente pra lá. Eu acho isso ridículo.

Além da variedade de impressos, o preenchimento desses é complexo e burocrático. Se, por ventura, o profissional, por equívoco, deixou de preencher alguma informação e o paciente retorna com a guia, a caneta para completar o que faltou precisa ter a mesma tonalidade de cor, se não, o impresso perde a validade.

Aí aquela ficha volta porque o médico não carimbou, ou não pôs a vírgula onde precisava, não é a mesma resma, não é a mesma caneta, esse tipo de burocracia é cansativo e às vezes você perde a esperança e a vontade por conta disso.

Os participantes acreditam que é possível melhorar o fluxo e diminuir a papelada.

Soluções para o excesso de burocracia

Para solucionar o excesso de burocracia na APS e assegurar os direitos dos pacientes, segundo a opinião dos profissionais são necessárias ações locais pontuais e algumas mais amplas.

- Simplificação do sistema para facilitar o atendimento e o trabalho dos profissionais.
- Padronização de impressos: o sistema municipal e estadual, as UBS, AMAS, AMES e rede hospitalar precisam utilizar impressos padronizados para solicitação de exames e encaminhamentos, evitando as idas e vindas dos pacientes e economizando o tempo dos profissionais.

- Otimização das planilhas e controles para que as informações sejam aproveitadas e acabe com a repetição de papéis com os mesmos dados.
- Implantação do prontuário eletrônico, assim, o paciente ao frequentar a rede, todos os profissionais terão acesso as suas informações.
- Balanceamento entre meta e papelada.

6.4.5 Sistema de saúde fragmentado e pouco resolutivo

Foi pontuado pelos profissionais que o sistema de saúde é desintegrado, o agendamento é lento, a distância entre o local de atendimento e o domicílio do paciente é muito grande e as mudanças que ocorrem nos programas devido às mudanças políticas levam ao desrespeito aos direitos dos pacientes. Essa situação é agravada devido à falta de autonomia dos médicos de família.

Fragmentação do sistema

Segundo os participantes dessa pesquisa, a não integração de todas as áreas de saúde, principalmente por parte do poder público, faz com que o paciente precise ir a vários locais para conseguir ter suas necessidades atendidas. São muitos locais e com funções distintas, o que dificulta o conhecimento e entendimento de profissionais e de pacientes.

Precisa fazer o usuário entender, o que é uma sopa de letrinhas, é UBS, é AMA, é AME, até para a gente é difícil saber para onde encaminhar, vai para a UBS a UBS não pode atender, aí encaminha para o AMA e deveria ter sido para o AME, acho que esse é o maior problema, fazer o usuário entender o que às vezes nem o profissional entende.

O Estado dificulta o trabalho da APS quando veicula na mídia mensagens não totalmente claras sobre a distribuição das funções nos serviços de saúde.

O governo veicula na mídia a mensagem: “qualquer problema, você procura uma Unidade Básica de saúde”; como se a UBS pudesse resolver todos os problemas do usuário e isso não é verdade.

A distribuição de funções obriga o paciente a deslocar-se para conseguir atendimento. Se o paciente tem uma dor ou outra condição aguda, ele procura a UBS esperando que seu problema seja resolvido, o que nem sempre acontece. Ele pode até ser atendido, entretanto, se precisar de algum exame precisará deslocar-se para o AMA ou para algum Pronto Socorro. O ideal seria que o paciente conseguisse realizar todos os procedimentos em um único lugar.

O desafio é você conseguir fazer as coisas num lugar só, o usuário conseguir fazer um ultrassom na hora, o usuário não quer ficar andando, ir para o outro lado da cidade, ele enlouquece e esse é o maior desafio da área da saúde. Não sei se vão conseguir, mas o usuário quer pegar a receita, o encaminhamento e fazer o exame e se possível no mesmo lugar ou no máximo, na mesma região.

Alguns profissionais acreditam que isso seja impossível, porém, já visualizam algumas melhorias no sistema e pontuaram que está iniciando um processo de regionalização do agendamento.

A fragmentação no sistema e o desconhecimento dos pacientes quanto ao funcionamento da rede, em algumas situações, põem em descrédito a atuação do profissional. Um participante relatou que recebeu um paciente querendo um agendamento de consulta médica e só havia vaga para depois de 90 dias. Orientou que, se fosse um caso de urgência, o paciente procurasse o AMA. O usuário ficou nervoso, mas foi. No AMA ele foi atendido e conseguiu agendar a consulta na UBS em uma vaga da reserva técnica (RT), para uma data próxima. Algumas horas depois ele retornou para a UBS, procurou o profissional e disse: “Eu passei aqui para esfregar na cara de vocês que eu consegui uma vaga, agora como que vocês não tem uma consulta pra mim e eu vou em outro lugar e consigo?”.

Cabe esclarecer que o sistema eletrônico de agendamento bloqueia algumas vagas nas agendas médicas, a chamada reserva técnica. Essas vagas ficam indisponíveis para a UBS, apenas o AMA

consegue utilizá-las para fazer encaminhamento de pacientes que precisam dar continuidade no atendimento iniciado no AMA, que foi o caso relatado pelo participante. Ocorre que o paciente, desconhecendo esse fluxo, julga os profissionais como se eles estivessem com má vontade no atendimento.

O encaminhamento do paciente para a rede causa desgaste e incertezas para os profissionais.

Dou o meu melhor na UBS, mas quando preciso de outros serviços, sinto as dificuldades e obstáculos, não é fácil quebrar barreiras.

A lentidão no agendamento é uma das barreiras enfrentadas pelos pacientes e profissionais da APS.

Lentidão no agendamento

A lentidão nos agendamentos ocorre basicamente por falta de profissionais para o atendimento, o que sobrecarrega os que estão atendendo e aumenta o prazo de espera do paciente. Foi citado que existe escassez de vagas para cirurgias e para profissionais especialistas como psiquiatras, ortopedistas, ginecologistas fisioterapeutas, psicólogos, entre outros. Essa lentidão fere os direitos dos pacientes que agravam o seu quadro de saúde por falta de atendimento.

Os pacientes que precisam de reabilitação perdem o benefício proporcionado pelo início precoce da fisioterapia. Isso ocorre pela falta de um serviço de referência e pelo fato de o profissional do NASF conseguir atender poucos casos individuais.

Os profissionais acabam por utilizar seu círculo de amizades pessoais para colaborar na resolução dos problemas dos pacientes. Uma médica relatou uma situação onde o paciente estava há três anos esperando uma vaga para especialista em quadril e não conseguia. A profissional sensibilizada com a situação, postou em

uma rede social um pedido de ajuda, que foi atendido por um amigo ortopedista e, finalmente, conseguiu o encaminhamento do paciente.

O encaminhamento de um paciente para cirurgia é um caminho longo e desgastante para o paciente e para a equipe. Alguns pacientes esperam meses para conseguir o agendamento e quando conseguem, alguns detalhes impedem sua realização. Foi relatado o caso de uma paciente de 80 anos, com prolapso uterino, que esperou de seis a oito meses pela cirurgia. Ao ser agendada, a cirurgia não foi realizada pois o agendamento foi para a cirurgia ginecológica e deveria ter sido para a urologia ginecológica. A paciente foi devolvida para a UBS para reiniciar o processo. A sequência de incidente gera desgaste no familiar e na equipe.

Aquele profissional do hospital pode fazer o encaminhamento, para levar ao posto para a regulação marcar corretamente. Por quê que aquele paciente tem que retornar, marcar a consulta novamente com o médico da família, para o médico da família fazer? Isso é terrível.

A demora no agendamento ocorre, também, para exames. Segundo os participantes o agendamento de um ultrassom pode demorar até 10 meses. Isso acarreta em demora no diagnóstico e agravamento do quadro clínico do paciente.

O paciente com um diagnóstico precoce poderia, às vezes, se livrar de um procedimento cirúrgico, ou se livrar de uma dor, a questão da coluna, artrose, artrite [...] o diagnóstico demora muito tempo.

A longa fila de espera para agendamento com especialistas, exames e cirurgias, segundo os participantes dessa pesquisa, transforma-se em alguns casos na 'lista de espera mortal', pois o agendamento demora tanto tempo, que ao acontecer o paciente já foi a óbito.

Isso que é a parte mais triste.

O que eu acho muito injusto, mas muito injusto mesmo, uma coisa que me angustia diariamente como médica e como usuária às vezes do SUS, é essa espera, essa diferença entre o SUS e o convênio. Por que que no seu convênio você consegue e no SUS não? [...] No convênio, você passa com um cirurgião geral,

um especialista, opera e volta a trabalhar. Por que no SUS isso é impossível? Não pode. É injusto!

Algumas vezes, quando o agendamento ocorre, é para um local muito distante e de difícil acesso para o paciente. Segundo os profissionais, os pacientes não deveriam precisar atravessar a cidade para conseguir atendimento especializado.

Alterações nos programas devido a mudanças políticas

Um problema citado pelos profissionais para o respeito aos direitos dos pacientes na APS, são as alterações de programas devido a mudanças políticas, especialmente pela alternância de partido no poder ou devido diferenças partidárias nos três níveis de poder.

Foi citado, por exemplo, a implantação do programa de atendimento a gestantes. O Governo Federal, que era de um partido oficializou como 'Rede Cegonha', enquanto que o Governo municipal, que era de outro partido, chamou de 'Mãe Paulistana'. A aplicabilidade é muito semelhante mas, pelo fato serem partidos diferentes, recebem nomes diferentes. Com a troca do Governo Municipal, tendo sido eleito um Prefeito do mesmo partido do Governo Federal, o programa começa a ser tratado, também, como "Rede Cegonha". As mudanças dos nomes dos programas dificultam o seu entendimento e aplicação.

Hoje o governo lança o programa 'Da Hora', semana que vem é o programa da 'Hora Certa', na outra semana é o programa 'Da Hora Mais Certa', aí ninguém sabe qual é o programa oficial [...] Esse é o problema, não tem continuidade de política nesse país para fortalecer o direito do usuário, aquilo que era direito hoje, amanhã já não é mais.

Por que o Ministério da Saúde não orienta AMA? Porque para o Governo não é AMA o governo é UPA. Numa área você pode ter o AMA na outra não pode porque tem o UPA, depende o partido político.

A nomenclatura diferente causa mal-entendido nos pacientes. Quando ele constata que um serviço é oferecido em uma área e não o encontra na sua área de abrangência, sente seu direito

desrespeitado, porém, algumas vezes, o serviço é oferecido, só que com outro nome.

Falta de autonomia do médico da APS

A capacidade do médico da APS tomar algumas decisões fica comprometida pelo excesso de burocracia e por fluxos complicados que atrasam a resolução dos problemas de forma efetiva e desrespeitam os direitos dos pacientes. Foi citado que isso ocorre, especialmente, na solicitação de exames complementares e encaminhamento para algumas especialidades.

O médico de família não pode solicitar alguns tipos de exame para seus pacientes, mesmo que julgue necessário e que saiba interpretá-lo. Nem sempre o médico que atende na Estratégia Saúde da Família é generalista, muitas vezes ele possui alguma especialidade e atuou ou ainda atua nessa área fora do PSF. Entretanto, existem alguns exames que não podem ser solicitados por eles, apenas pelos especialistas.

Eu estou na Atenção Primária, [...] eu tenho conhecimento para pedir certos exames complementares [...] assim como tem colegas na Atenção Primária que tem especializações, tem pediatria, oncologista e outras, simplesmente nós somos barrados. “Você é o ‘mediquinho’ do posto, você não pode pedir um teste ergométrico”. Você tem que mandar para o cardiologista [...] Se deixassem que a Atenção Primária fosse mais resolutiva, mas é cortado lá em cima [...] Eu tenho capacidade de pedir esse exame e depois interpretá-lo? Claro que posso! Eu não pediria um exame que não pudesse interpretar. Não estou falando que eu sou Deus, que eu sei tudo, todos temos limitações. Mas e o médico que realmente pode, o médico que realmente se capacitou para algo mais, é a continuação da atenção primária, ninguém está saindo disso. Por que não pode? É burrice do sistema, isso é ridículo, está gastando com dois médicos que podem pedir o mesmo exame.

O encaminhamento para subespecialidades também acontece com fluxo complicado. Existem casos de necessidades evidentes, que segundo os participantes dessa pesquisa, o próprio médico de família poderia encaminhar, mas é impedido pelas normas do programa.

Às vezes você tem que mandar um paciente para um especialista, mas só o especialista pode, por exemplo, oftalmologista pediátrico. O médico da UBS não pode mandar, tem que mandar para o pediatra, para o pediatra mandar para o oftalmologista pediátrico.

A complexidade dos fluxos atrasa o diagnóstico e agrava o estado da doença do paciente, ferindo diversos dos seus direitos.

Soluções para a fragmentação do sistema de saúde

Os profissionais envolvidos nessa pesquisa acreditam que existem formas de amenizar a fragmentação do SUS, algumas sugestões foram:

- Otimização do tempo. Quando o profissional não conseguir resolver o problema, direcionar o paciente para o local adequado, o mais rápido possível.
- Comunicação efetiva entre os níveis da rede de atenção à saúde.
- Concessão de autonomia aos profissionais médicos da APS.
- Regionalização dos serviços. Oferecer o atendimento de especialistas e realização de exames complementares para mais perto do domicílio do paciente e aumentar o número desses postos de atendimento.
- Ampliação do número de especialistas na rede, tais como, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, ginecologistas, entre outros.
- Implantação do prontuário eletrônico. Isso agiliza o processo de comunicação e evita a perda de prontuário de papel.
- Otimização do sistema de referência e contra referência.
- Possibilidade de o médico da ESF encaminhar o paciente para subespecialidades.

- Ampliação da estrutura física e da capacidade de atendimento das unidades para desafogar a demanda.
- Facilitação de encaminhamentos. O AMA deveria encaminhar direto para especialistas, caso seja necessário, sem a necessidade de o paciente retornar para a UBS e agendar nova consulta para isso.

6.4.6 Problemas relacionados à alfabetização

O analfabetismo foi pontuado pelos profissionais como sendo uma questão prejudicial para a melhoria nas condições de saúde da população. Alguns pacientes não sabem ler e nem ver as horas, isso os impedem de obter mais informações através da leitura ou, até mesmo, de tomar suas medicações nas doses e horários corretos. O analfabetismo é uma forma de exclusão social.

Nós chegamos à conclusão que tudo começa, todos os problemas que nós temos na Saúde Pública, são por falta de educação.

A pessoa quando não sabe ler e nem escrever, o mundo é fechado pra ela.

Outra questão é o analfabetismo funcional, o profissional investe tempo na orientação do paciente mas ele não consegue compreender o que o profissional está explicando.

Eu quero falar do analfabetismo, eu acho que o maior problema da saúde pública é o usuário entender o que você está explicando.

Soluções para os problemas relacionados à alfabetização

As soluções para os problemas relacionados com a alfabetização envolvem todos os níveis de atenção e governo. Os profissionais propuseram:

- Remuneração e condições de trabalho dignas para os professores da educação básica.
- Simplificação do atendimento na UBS.
- Implantação de fluxos claros. As rotinas tornam o atendimento mais fácil.
- Comunicação com o paciente de forma mais clara e em linguagem compreensível.

6.4.7 Deficiências na educação em saúde

A Estratégia Saúde da Família, segundo os profissionais da APS, é um espaço para que a equipe, especialmente, os médicos e enfermeiros exerçam atividade educativa. Entretanto, na prática, isso não acontece como deveria.

É necessário desenvolver ações educativas para o paciente. Se o profissional conseguir na sua prática estabelecer e fortalecer o vínculo ideal para a APS, conseguirá estabelecer diagnósticos de necessidades em saúde, em sua área de abrangência. Assim, conseguirá realizar ações adequadas para a população, que atendam às necessidades e direitos do paciente.

Uma questão relacionada à atuação dos profissionais é conseguir encaixar as ações educativas dentro da sua prática diária. O tempo é escasso para todas as suas atribuições e atividades que deveriam ser educativas, tais como, as desenvolvidas nos grupos, acabam sendo destinados para outras finalidades.

Grupos educativos são ‘tapa-buracos’ da agenda

Uma ferramenta educativa na APS são os grupos. Acontece que, muitas vezes os grupos são destinados a serem válvulas de escape para a superlotação das agendas.

A questão é que no PSF existe um espaço para que os médicos e enfermeiros exerçam atividade educativa. Isto, infelizmente,

não acontece. Os grupos são usados como 'tapa-buracos' da agenda. Explico: As consultas mais simples ditas 'pequenas queixas', são direcionadas (Sabe lá Deus, por quem!) para o tal grupo de pequenas queixas, por pura falta de vagas nas agendas, existem muitas famílias e poucos profissionais. Essas consultas são realizadas em meio a outras pessoas. Não é preciso explicar como isso ocorre e a tal falta de privacidade de como ocorre. O direito de privacidade e de uma boa conduta fica inevitavelmente prejudicada. Imagine uma Senhora X, que não colhe Papanicolau por pudor, revelando em um grupo que está com corrimento ou lesão genital. Isso, sem dizer, que são 40, ou as vezes mais, atendimentos em duas horas.

Quando entrei no PSF foi assim, nós fomos para o grupo, eu não entendi direito que história era essa de grupo, eu apenas fui e quando cheguei lá eu falei, 'eu nunca mais faço grupo' e eu nunca mais fiz grupo, eu me nego a fazer grupo, por causa do tipo. Era um grupo educacional onde você não educa ninguém, você apenas tapa o buraco de falta de agenda.

Apesar do modelo praticado para a realização de alguns grupos não ser o ideal, os profissionais acreditam que a realização adequada dos mesmos é a solução inicial para melhorar a educação em saúde.

Grupo é o que está faltando, um grupo onde você vai educar, é ali que você vai falar para o paciente, que você vai ajudá-lo a entender o processo do PSF, da saúde. Para mim grupo é educacional, se não, não é grupo.

Os grupos educativos, deveriam ser E.DU.CA.TI.VOS (o profissional falou firme e pausadamente) e não válvula de escape para a falta de vagas nas agendas.

Uma forma encontrada para conseguir, ao menos alguns momentos educativos, é utilizar de 10 a 15 minutos dos grupos de pequenas queixas para informar os pacientes sobre formas de prevenir algumas doenças, sobre tratamentos, questões relacionadas ao estilo de vida e sobre o funcionamento do SUS e da UBS.

Formação inespecífica dos profissionais

Não é exigência da ESF a contratação de profissionais especializados em Saúde da Família. Entretanto, é necessário que ao assumirem seu posto na Estratégia, os trabalhadores recebam

capacitação adequada, iniciando pelas questões elementares até as mais complexas.

Ocorre, também, que os profissionais vão aprendendo algumas questões relacionadas à ESF com colegas mais antigos e através de estudo individual.

Quando eu entrei no PSF eu não sabia o que era o PSF, fiz minha especialização e trabalhei muito tempo nela, vim para São Paulo e resolvi entrar no PSF. Eu entrei e não tive nada que me falasse assim: 'Você vai entrar na UBS, você só pode fazer isso e aquilo'. Nunca foi me dado isso. Uma das coisas que aconteceu foi que o (cita um colega) foi me dando umas instruções a respeito de como funcionava.

Foi pontuado que o programa de capacitação, que deveria acontecer na entrada do profissional na ESF, ocorre tempos depois de o profissional já estar trabalhando, o que dificulta o entendimento completo da Estratégia logo no início e, mesmo assim, o único que acontece é o momento um.

A gente só fez momento 1. Tem momento 2, momento 3, tem vários momentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que nunca acontecem.

A educação em saúde precisa iniciar no profissional e estender-se para os pacientes. Dessa forma, assegura-se ao paciente o direito a educação em saúde.

Soluções para as deficiências na educação em saúde

A estratégia inicial para melhorar a educação em saúde deve ser a capacitação dos profissionais.

- Capacitação imediata, através do Momento 1, dos profissionais admitidos na ESF.
- Educação permanente dos profissionais, garantindo que o Momento 2 aconteça.
- Redução da rotatividade de profissionais da ESF. Com a fidelização aprofunda-se o conhecimento sobre a Estratégia e sobre os direitos dos pacientes.

- Ampliação do número de profissionais atendendo na UBS, para evitar a demanda reprimida. Assim, os grupos educativos poderão exercer a sua função.
- Orientação do paciente quanto ao funcionamento do sistema.
- Inserção de temas que os pacientes apresentem dúvidas, nos grupos educativos.

6.4.8 Problemas relacionados à informação

Existem diversos problemas relacionados à desinformação dos trabalhadores da saúde e dos pacientes. Dois deles foram amplamente discutidos pelos participantes dessa pesquisa, a desinformação quanto ao funcionamento e rotinas do SUS e a veiculação, pelo Ministério da Saúde, de informações incompletas na mídia. Isso gera transtorno, desgaste e desrespeito aos direitos dos pacientes. A desinformação fere os direitos dos pacientes.

Desinformação quanto ao SUS

Segundo os profissionais que participaram dessa pesquisa, existe desinformação sobre os serviços que são oferecidos pelo SUS, das suas rotinas e fluxos, tanto por parte dos pacientes como dos profissionais. Algumas vezes, o paciente conhece algumas informações mas, demonstra desconhecer para alcançar benefícios.

Os pacientes sempre fazem cara de que não sabem como os serviços funcionam.

O usuário bem informado melhora o fluxo e deixa o trabalho mais tranquilo. O contrário disso, dificulta o processo.

Os usuários bem orientados sabem como proceder para agendar consultas, trocar receitas, falar com o médico ou enfermeiro quando precisam esclarecer dúvidas. Porém, alguns, ou sentem-se despreparados ou não sabem como proceder, e

tentam encurtar caminhos, atrapalhando a programação da equipe.

Foi destacado que é dever da equipe prestar informações claras e uniformes, independentemente da função de cada um.

A pessoa vai na recepção tem uma informação. Aí ele vai aguardar e com o auxiliar ele vai ter outra informação. Vem o enfermeiro e fala outra coisa. Se ele chegar no médico, também é outra coisa. Então assim, comunicação da unidade eu acho que ajuda a melhorar e muito o atendimento para o usuário.

O trabalho de informação do paciente deve iniciar fazendo-o compreender que a UBS é a porta de entrada, é a que proporciona acesso ao SUS mas que não atenderá todos as necessidades do paciente, que algumas delas precisarão ser encaminhadas para outros pontos da rede de atenção. O paciente que não possui essa informação sente-se desrespeitado em seus direitos e desacredita no empenho dos profissionais da APS em atender suas necessidades.

É muito comum as pessoas chegarem exigindo agendamentos com especialistas, eles não entendem que as vagas não somos nós que criamos. Essas vagas são liberadas. Vem para todo o sistema. [...] o agendamento chega para quase um ano [...] Eles acham que uma vez que eles passam com o médico, que fez o encaminhamento, a obrigação de tudo é nossa. Em um minuto, uma semana no máximo tem que já estar com a consulta agendada. Falta esse conhecimento por parte do paciente que as vagas quem libera é a Secretaria, não somos nós. Que existe uma fila de espera, que ele não é o único. Ele acha que somos nós que não queremos agendar.

Foi ressaltado novamente o importante papel dos ATAS da recepção na tarefa de transmitir informações claras e uniformes para o paciente. Foram citados alguns exemplos: se um paciente chegar no balcão de atendimento e disser que quer agendar uma consulta, o ATA não pode simplesmente dizer que para aquele profissional não tem vaga, ele precisa, no mínimo, perguntar para quem é a consulta. Algumas consultas da agenda médica são destinadas para fins específicos, por exemplo, pré-natal e puericultura. Se o ATA deduz que a consulta é para adulto e apenas informa que não há vaga poderá estar dispensando um usuário que queira agendar consulta

para um recém-nascido, que tem vaga reservada exclusivamente para esse grupo.

Outra situação citada:

Nós médicos sofremos do 'agarrar', você passa no corredor, pronto o paciente te agarrou. Você pergunta: 'o que está acontecendo?' [...] 'Estou com uma dor nas costas já fazem três semanas.' 'Você tem dor agora?' Você precisa ser medicado para dor, a dor tem que melhorar e aí você vai conseguir marcar consulta e a gente vai avaliar direitinho o que está acontecendo quanto a isso [...] Aqui na UBS eu não consigo fazer um exame, eu posso pedir mas vai demorar 15 dias, você vai ficar sentindo dor, agora lá no AMA ou no PS é mais rápido. Esse tipo de informação eu acho que não é da nossa parte, quem deveria orientar isso é o ATA da recepção ou o enfermeiro da demanda. Se cada um tem um papel, se cada um cumprir o seu papel funciona tudo direitinho.

A permanência do profissional na equipe, com rotina estabelecida, faz com que o paciente seja mais bem informado.

Eu vejo a diferença de quando eu comecei na equipe para o que acontece hoje. Eu estou na mesma equipe há três anos [...] Como o paciente chega pra mim, principalmente aquele paciente que já veio algumas vezes, ele chega diferente, ele sabe como é o funcionamento, as informações. Eu sou muito objetivo na informação.

Outra fonte de informações para o paciente é a mídia, entretanto, nem sempre as informações veiculadas colaboram para o bom funcionamento da APS.

Veiculação de informações incorretas na mídia

Em relação à mídia, foi referido que ocorre veiculação de propagandas que não traduzem a realidade e que, na prática, não acontecem da forma que foi informada na televisão. Foram citadas as veiculações de incentivo à utilização das Unidades Básicas de Saúde, a divulgação do Programas Remédio em Casa, da pílula do dia seguinte e o Brasil Sorridente.

Foi citada uma campanha intitulada “A saúde está mais perto de você: procure uma Unidade Básica de Saúde. Ela está preparada para realizar a maior parte dos atendimentos em saúde.” Com isso, a

procura por atendimento aumentou abruptamente, ainda mais, pelo fato da propaganda informar que a UBS está preparada para realizar a **maior parte** dos atendimentos. Os pacientes que mais procuraram foram aqueles com demandas reprimidas, tais como, consultas com especialistas, exames complementares, necessidade de medicação de alto custo, aqueles que aguardavam cirurgias, entre outros, necessidades que não são atendidas na UBS.

Esse ocorrido sobrecarregou as Unidades e frustrou muitos pacientes, que saíram sentindo-se desrespeitados em seus direitos.

O governo veicula uma mensagem assim: qualquer problema você deve procurar uma UBS. Passa como se a unidade pudesse resolver todos os problemas do usuário e isso não é verdade.

Tem que ir na UBS sim, mas a propaganda está mal formulada, ela tem que ser mais clara, vai na UBS receber orientação.

Na propaganda do Programa Remédio em Casa, segundo os profissionais, foi informado que o paciente teria o direito de receber os medicamentos em casa, porém, não ficou claro quais os medicamentos. Após a divulgação, vários pacientes, que usam medicações não contempladas pelo programa, procuraram a UBS para requerer o seu direito.

O programa Remédio em Casa, eu lembro de ter pacientes me abordando na rua, perguntando o porquê que ele não recebia o remédio em casa. 'Porque o governo falou, você tem direito de receber seu remédio em casa, procure sua UBS'. Pacientes que usavam benzodiazepínicos [...] Ninguém leu as entrelinhas que devia, quais eram os remédios. Aquelas letrinhas pequenas que passam no final da propaganda.

Informações incompletas foram veiculadas, também, segundo os participantes da pesquisa, quanto à utilização da pílula do dia seguinte. Não ficou claro na propaganda que a usuária que necessitasse desse método precisaria da receita médica para retirar a medicação. Muitas mulheres foram diretamente no balcão de atendimento da farmácia para retirá-la e não conseguiram.

Sim, tem a pílula do dia seguinte, mas tem que passar pela triagem, pelo atendimento [...] O farmacêutico ou o técnico de

farmácia não têm a autonomia de dispensar a medicação. A pessoa precisa chegar lá com a receita em mãos.

A questão que a gente está falando. Direitos e deveres. Por exemplo, na propaganda eles mostram o direito. Mas eles não falam que é dever do paciente levar a receita. Então, diz pela metade.

Outra experiência relatada pelos profissionais foi em relação ao Programa Brasil Sorridente. Foi veiculado que o paciente tem o direito de receber cuidados para sua saúde bucal, mas não esclareceu quais eram os cuidados.

Existe a propaganda do programa. Em alguns lugares aparece a propaganda dizendo que todo cidadão tem direito ao tratamento de saúde bucal. Vai na unidade procurar uma vaga de saúde bucal. E vai explicar que o atendimento bucal é básico. Vai explicar que na UBS não faz clareamento, não faz implante, não coloca aparelho, não faz manutenção de aparelho, não tem borrachinha colorida. O governo falou e tem gente que me traz o panfleto. 'Como não? Mas está escrito aqui na propaganda que todo mundo tem direito ao tratamento'.

Os tratamentos especializados são realizados pelos Centros de Especialidades Odontológicas, que não estão presentes em todos os municípios.

Foi relatado, também, que algumas vezes o paciente até ouve, porém, não aceita a informação e busca o atendimento da mesma forma.

O paciente só ouve o que quer. Isso é ouvido seletivo.

Soluções para os problemas relacionados a informações

Para melhorar o fornecimento de informações para os pacientes, foram sugeridas algumas ações:

- Divulgação das funções de cada profissional para os colegas. Isso otimizará o fornecimento de informações para o paciente.
- Comunicação entre os profissionais e os pacientes de forma simples e compreensível.

- Elaboração e coordenação, pelo gerente da UBS, de fluxos e rotinas.
- Informação para os pacientes sobre o funcionamento do SUS, da ESF e da UBS. Informa-los sobre os fluxos de atendimento da rede.
- Conscientização do paciente quanto aos seus direitos e deveres.
- Diminuição da rotatividade dos profissionais nas equipes, visando a manutenção e fortalecimento de vínculo com a comunidade.
- Veiculação de informações claras e realistas sobre os programas oferecidos pela UBS.

6.4.9 Falhas no sistema e programas de saúde

Segundo os profissionais, participantes dessa pesquisa, existe diferença entre o SUS e a ESF da diretriz governamental e a prática no dia a dia. Algumas características essenciais estão sendo perdidas.

Se o SUS fosse tão bom como ele é no papel. Tudo ia funcionar perfeitamente.

Um ponto crucial para o não atendimento às diretrizes da ESF é a rotatividade dos profissionais, que quebra o vínculo, essencial na APS.

A rotatividade vai contra a diretriz do PSF que é o vínculo

Eu estou na mesma unidade há oito anos e não tem nenhum médico, nenhum enfermeiro, nenhum auxiliar, nenhum ATA, do tempo que eu entrei. Todos já foram trocados, diversas vezes. Isso é complicado.

Os atendimentos conjuntos entre o médico e a enfermeira estão sendo extintos e a participação de todos os profissionais nas reuniões de equipe tem sido prejudicada devido às rotinas extenuantes e o excesso de burocracia a ser cumprida,

Antigamente tinha um dia que a enfermeira e o médico atendiam. Agora não, na minha equipe mesmo, a medica só pode fazer a reunião de equipe segunda e quinta, nos outros dias ela não participa porque eles deram uma espremida nas agendas para os médicos atenderem mais consultas. A gente não consegue nem conversar. É uma correria tão louca, é tanto papel, tem tanta folha para preencher.

A sobrecarga da equipe da APS acontece, também, pela atribuição inadequada de tarefas.

Atribuições inadequadas da APS

Os profissionais pontuaram que, atualmente, a UBS é responsável por realizar a atualização do cadastro do Bolsa Família. Algo que, segundo eles, deveria ser feito nos Centros de Referência de Assistência Assistencial.

Tem sempre muita coisa nova hoje, então eu citei o exemplo aqui do bolsa família. Nós descobrimos que íamos atualizar o bolsa família quando o paciente chegou e mostrou 'eu recebi essa carta, fui orientado a vir aqui para atualizar o cadastro'. Como? E era verdade [...] Ninguém teve um treinamento, ninguém sabia como fazer.

Atribuições como essa tomam tempo dos profissionais e sobrecarregam os trabalhadores da APS.

Entretanto, os profissionais relataram que existem experiências de sucesso relacionadas ao respeito aos direitos dos pacientes na APS.

6.5 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NA APS RELATIVAS AOS DIREITOS DOS PACIENTES

Durante as discussões nos seminários foram pontuadas experiências na APS que colaboram para o respeito aos direitos dos pacientes. Foram citados os investimentos na capacitação profissional e na infraestrutura das UBS, a intersetorialidade e a implantação do NASF, do PMAQ-AB e de alguns programas governamentais que se mostram funcionais, tais como, o Programa

Mãe Paulistana, e os programas de fornecimento de medicamentos de alto custo e o Programa Remédio em Casa (PRC). Apesar do PRC ter sido citado como muito burocrático, uma parte dos participantes o considera como uma experiência exitosa na APS.

Foi citado que, com a implantação da Estratégia Saúde da Família, o trabalho está mais bem organizado e efetivo.

Hoje ainda tem muita coisa para melhorar, mas não podemos perder a esperança. Já melhorou muito, a organização do trabalho, a forma como hoje o trabalho é conduzido de como era quando nós entramos, que não tinha médico, a formação das equipes adequadamente, era PACS, não tinham os auxiliares, enfim, era uma confusão só. Por exemplo, o paciente que era atendido pelo ginecologista, a ficha dele ficava no bolo do ginecologista, não tinha prontuário. O modelo está outro, está muito bom, só que existem coisas para melhorar. Não tinha NASF, psicólogos, nada, hoje temos as equipes constituídas. Não tá perfeito, mas muita coisa já melhorou.

Com o fortalecimento da Estratégia houve melhoria no atendimento ao paciente, criação de vínculo com a comunidade, resgate da credibilidade da equipe e maior atendimento aos direitos dos pacientes.

6.5.1 Implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família

A implantação do NASF fortaleceu a ESF e proporcionou o acesso do paciente a especialidades que antes, na rede, não era possível. O trabalho em conjunto do enfermeiro de saúde da família com a equipe do NASF proporciona a interdisciplinaridade e a integralidade na assistência.

Desde que o NASF veio, os grupos ficaram muito interessantes, ficou muito mais leve para as equipes fazerem grupos de educação e criar canais de acesso para o usuário, sem dúvida nenhuma, porque eles trazem uma riqueza, experiência, eles têm uma peculiaridade, são animados, nossa, eu vejo um grupo de pessoas lá que eu enlouqueço, mas nem sempre a gente consegue participar.

A entrada do Núcleo facilitou muito o direito do paciente à saúde, porque houve a proximidade dos profissionais com as equipes e obviamente com o paciente.

A atuação do NASF foi destacada em algumas áreas, sendo as mais evidentes a realização do matriciamento, o enriquecimento das discussões nos grupos educativos e as consultas compartilhadas.

O **matriciamento** realizado pelo NASF oferece suporte à Equipe de Saúde da Família para o desenvolvimento de ações qualificadas e consegue avaliar a família matriciada sob olhares distintos, que somente o enfermeiro, o médico, os auxiliares de enfermagem e os ACS não conseguiriam alcançar.

Matriciamento também, uma coisa que a gente acha que é X, na presença do NASF você vê que, realmente não é X, isso é R.

Muitas vezes não é necessário o NASF intervir diretamente com os pacientes, eles orientam a equipe que caminho seguir.

A participação do NASF nos **grupos educativos** aliviou a carga da Equipe de Saúde da Família e qualificou ainda mais as ações.

Temos percebido bastante o apoio deles, principalmente nos grupos, de crianças, idosos, gestantes, tem feito a diferença, tanto para o profissional, que também vai aprendendo, como para o paciente que recebe cuidado integral.

Foram citadas algumas atividades que o NASF desenvolve nos grupos educativos, que colaboram com o estilo e qualidade de vida dos pacientes, tais como, a cozinha experimental desenvolvida pelas nutricionistas, ensinando receitas saudáveis para hipertensos e diabéticos; grupos de atividades físicas para mulheres, gestantes e idosos; grupos sobre saúde da criança e do adolescente com a presença de pediatra, o que qualifica ainda mais as informações; desenvolvimento de atividades com fitoterápicos; grupo de fortalecimento da autoestima com a psicóloga, entre outras.

A realização de **consulta compartilhada** é proveitosa para o paciente e, através delas, consegue-se alcançar níveis mais satisfatórios no atendimento, que um profissional sozinho não conseguiria.

Quando você vai atender e tem essa experiência, vê que é muito bom, você aprende muito como profissional, é fantástico, acho

que o NASF só veio a acrescentar para o profissional e o direito do usuário garantido.

Foi pontuado que, devido ao perfil epidemiológico apresentado pela população brasileira, alguns profissionais não poderiam faltar nos Núcleos, um dos citados foi o médico psiquiatra.

6.5.2 Intersetorialidade

Apesar dos profissionais terem apontado a fragmentação do SUS como um problema para o respeito aos direitos dos pacientes, alguns aspectos da intersetorialidade funcionam.

Um dos setores que interage bem com a UBS é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Apesar de o próprio CAPS enfrentar muitos problemas estruturais e de falta de pessoal, segundo os profissionais participantes dessa pesquisa, é perceptível as melhorias e os esforços das equipes em atender as necessidades dos pacientes.

Eu vi que a área de CAPS melhorou muito, principalmente para pacientes usuários de álcool e drogas. Na minha área tem muitos clientes, referente a isso. Um em especial foi encaminhado [...] e houve um acompanhamento desse paciente e houve cura. Eu vi o início, o meio e o fim. A nossa equipe achava que estava fora de possibilidade de recuperação, mas ele teve melhora e teve cura. Eu falei: 'funciona, o CAPS funciona'. E isso é bom, é bom você se sentir segura e contar pelo menos com um setor que trabalha junto com o PSF e funciona. Isso foi muito feliz pra mim.

Tivemos uma experiência que nós conseguimos mobilizar toda a rede: hospital, CAPS, Ministério Público, Equipe de Saúde da Família, CRAS, CRES, por conta de duas irmãs doentes mentais, uma com tumor de face enorme e nós, graças a Deus, conseguimos uma residência terapêutica para elas. Isso para mim está sendo muito exitoso e eu espero que antes de eu me aposentar consiga ver esse resultado.

6.5.3 Melhorias na Infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde

A reorganização dos espaços nas Unidades, deixando a sala de espera longe dos consultórios, proporcionou a garantia do direito

à privacidade do paciente e colaborou na manutenção do sigilo. Algumas vezes, devido ao calor, o profissional atende com a porta aberta, e quem estava do lado de fora ouvia tudo. A área de espera foi transportada para a recepção das UBS, diminuindo o fluxo de pacientes pelos corredores.

O direito do paciente de ter seu espaço onde possa perguntar, ser ouvido sem que outros compartilhem essa informação

Eu trabalhei em outro PSF e lá você falava o valor da pressão e outro paciente ficava escutando e falava: 'Oh, fulano tá alta hein?!' (Todos riem). Por que? Porque os bancos eram na porta. Aí eu cheguei na unidade que eu estou agora e era a mesma coisa. Eu senti ofendido os direitos do paciente. Eu cheguei para o Responsável Técnico e falei que eu tinha raiva daquilo, porque o paciente quer falar que está com GECA, com corrimento, etc., não é nossa função relatar mas a gente pode escutar, é direito dele, só que a outra pessoa está do outro lado, aqui na porta ouvindo tudo, isso aqui não é legal isso aqui fere os direitos dos pacientes. O que aconteceu? Tirou, colocou todo mundo para esperar na recepção e com senha. Olha que legal! Aí o camarada não vai cortar fila de um idoso, de uma criança, porque tem senha, aí quando o paciente vem perguntar porque tirou dali, eu falo que é pelo direito dele, porque se ele tiver uma dúvida e vier me perguntar a gente vai ter um espaço só pra eu poder escutar. Pra mim essa foi uma proposta que funcionou bacana, e está funcionando até agora.

Com a área de espera posta na recepção, esse local também foi melhorado. Foram colocadas cadeiras para os pacientes sentarem e, em algumas UBS, foram instalados painéis eletrônicos com as senhas, isso acabou com as filas de pacientes em pé e agora os pacientes podem esperar sentados.

Colocaram cadeiras na UBS para os pacientes esperarem, não ficam mais em pé nas filas

Outra saída para as longas filas foi escalar um profissional para ser o organizador das filas. Antes de a UBS abrir, os usuários são organizados em filas diferentes para cada procedimento: coleta de exame, passar em consulta, agendar consulta, retirar resultado de exame e outras. Com isso a fluidez da fila melhorou.

Vai separando lá fora e vai direcionando, se vai marcar consulta é aqui, se vai fazer exame é ali, o preferencial é lá. Diminuiu bastante as brigas de manhã. Então hoje tem problema, tem, mas bem menos.

A organização dos **prontuários** nas unidades e a cobrança dos registros de todas as informações do paciente proporcionam melhor acompanhamento da situação de saúde do paciente.

A anotação no prontuário que não tinha, o paciente chegava “quero ver minha pressão”, verificava e ia embora. Na hora que você atendia esse paciente num grupo ou numa consulta, você não sabia se ele estava controlando mesmo a PA. Hoje não, você pega o prontuário e vê que ele realmente está indo lá, está verificando a PA, está fazendo o dextro, vacina, papa. Qualquer coisa que você for fazer no paciente hoje é anotado em prontuário. No começo foi uma cobrança, fala que não vai dar conta, mas depois você vê o tanto que isso beneficia o paciente e facilita para a gente.

O paciente percebe as mudanças e sente-se respeitado como pessoa e como usuário dos serviços de saúde.

Se o paciente sente que aquilo ali é pra ele a forma como ele vê o posto vai mudar muito, e a forma que ele chega ali também. Tudo isso pode influenciar o nosso trabalho no dia a dia.

6.5.4 Investimento na capacitação profissional

Apesar de os profissionais terem apontado que a capacitação dos profissionais, no ingresso na Estratégia Saúde da Família, precisa ser melhorada, eles acreditam que, no decorrer do exercício de suas funções, eles recebem muitas oportunidades de aperfeiçoarem seu conhecimento e sua prática.

Eu percebi que tanto o UNASP quanto a prefeitura estão investindo muito forte em relação à capacitação profissional [...] esse cuidado que eles estão tendo é excelente.

Sobre o investimento profissional, se eu for fazer uma retrospectiva de cinco anos atrás, quando eu entrei no PSF, e hoje, melhorou muito.

Os fóruns específicos das categorias foram citados como uma forma de unificar as ações e possibilitar troca de experiências entre os profissionais. Entretanto, foi pontuado que era para acontecer mensalmente, o que não tem ocorrido.

Eu vejo uma preocupação específica da Prefeitura de São Paulo de capacitar melhor os profissionais e fazer grupos de discussão, isso ajuda muito, porque o profissional que chega cru lá no posto ele se perde muito, já aquele que recebe o treinamento ele tem outro desempenho. A X me conheceu quando eu entrei e me conhece hoje, eu não sabia nada quando eu entrei, eu melhorei muito. Eu acho que tem um certo investimento na educação continuada, tanto na parte do UNASP quanto da parte da própria prefeitura.

O treinamento específico e contínuo ajudaria muito você conhecer os direitos, porque sempre vai surgir novos direitos, sempre está surgindo novas leis.

6.5.5 Programas governamentais funcionais

Alguns programas governamentais colaboram para a melhoria na qualidade de vida dos pacientes e garantem os direitos dos pacientes. Os profissionais consideram que todos são burocráticos e demandam tempo para serem executados, porém, alguns deles são mais funcionais.

Um dos programas citados como funcionais, e pode ser considerado uma experiência exitosa de respeito aos direitos dos pacientes, é o Programa Mãe Paulistana, que insere a gestante na rede e a vincula à UBS.

Eu vim de outro Estado e lá não existe o Programa Mãe Paulistana e nenhum similar. Quando eu vi a implementação do Mãe Paulistana, me deixou bastante interessado exatamente nisso, na proximidade que o paciente tem de todo o sistema. Lá era assim: a paciente chegava 'estou grávida' e o médico 'muito bem, vou te encaminhar, você vai para rede para ser atendido por um obstetra', e acabou a responsabilidade ali. Aqui não, a cobrança faz com que você se aproxime muito mais da paciente, porque na verdade você tem responsabilidade na gestação, tem responsabilidade sobre a mãe e sobre a criança.

O acompanhamento individualizado de cada gestante e a visita do ACS, caso ela falte em uma consulta, fortalecem o vínculo entre a usuária e a equipe.

O Programa Mãe Paulistana foi citado como sendo realmente funcional. Um participante relatou a seguinte experiência:

Uma experiência do Mãe Paulistana: semana passada eu recebi uma ligação do Hospital do Campo Limpo e a mulher falou

assim: 'eu sou do programa da Mãe Paulistana do Hospital do Campo Limpo e tem uma paciente sua que não foi acompanhada e, inclusive, não tem cadastro, ela não fez o pré-natal e teve o parto de gêmeos em casa'. Eu falei 'gêmeos em casa?' A pessoa continuou 'eu vi que na sua agenda só tem consulta para o dia tal, então, eu acho que é importante você visitá-la, porque a paciente tem outros dois filhos pequenos'. Eu nunca imaginei que tinha uma pessoa grávida de gêmeos na minha área, eu estava há seis anos lá, como assim? Eu não vi essa pessoa? Fui lá. Chegando lá na casa da pessoa, minha Agente de Saúde falou já havida ido lá várias vezes para tentar cadastrar alguém naquela casa mas ninguém nunca havia recebido ela. Mas, ficamos lá até a pessoa aparecer, porque me ligaram, se me ligaram é porque mora aqui. Chamamos, ficamos meia hora esperando até a mulher aparecer, porque ela viu que a gente não ia desistir, e realmente ela teve os gêmeos em casa, sozinha, não teve uma consulta de pré-natal. Então se não fosse aquela mulher se importar com aquela pessoa, agendar a consulta, me ligar para me informar e ver se estava tudo bem com aquela pessoinha. Achei excelente. A rede funcionou.

Uma das vantagens do Mãe Paulistana é o acompanhamento da gestante e depois do parto, o acompanhamento da mãe e do bebê até ele completar dois anos.

Relacionado ao fornecimento de medicamentos, foram citadas duas experiências exitosas na APS: o programa de medicamentos de alto custo e o de entrega de medicamentos no domicílio do paciente. Apesar de o Programa Remédio em Casa ter sido citado como pouco resolutivo e muito burocrático, uma parte dos participantes o consideraram como uma experiência exitosa na APS e uma garantia dos direitos dos pacientes, especialmente, para aqueles que tem alguma deficiência ou dificuldade de locomoção. Outra vantagem é que não ocorre falta dos medicamentos cadastrados no Programa, ainda que não haja tal medicamento na farmácia da UBS, no PRC não falta.

O Fornecimento para o usuário do remédio em casa e dos remédios de alto custo permite que as medicações que, as vezes, faltam na UBS, não falem para o paciente. Os pacientes com dificuldades para locomoção, que tem deficiência visual ou física conseguem ter garantido os medicamentos.

Eu era contra, até eu entender, agora eu passei a trabalhar com o Remédio em Casa, fazer a inclusão, a liberação e eu entendi que hoje a intenção maior é de que não falte aquela medicação para o paciente.

O PRC foi considerado como exitoso porque colabora para desafogar o fluxo da farmácia da UBS.

Eu acho que o Remédio em Casa é uma boa iniciativa, porque a farmácia não dá conta, não tem profissional para atender todo mundo, se o paciente já é controlado, promover esse autocuidado é algo muito bom.

O fornecimento de insumos aos pacientes diabéticos, através do Programa de Automonitoramento Glicêmico (PAMG), também foi considerado um programa funcional na APS e uma experiência exitosa no respeito aos direitos dos pacientes. O PAMG oportuniza melhor adesão ao tratamento e maior facilidade para manter os níveis glicêmicos controlados.

O acesso do paciente a medicação e aos insumos, o fornecimento com facilidade. O paciente ele é obrigado a ir mês a mês para pegar insumos, o material todo que ele necessita para o tratamento dele.

Um participante lembrou da história da sua família e como era difícil conseguir o acompanhamento do paciente diabético:

Eu estava me lembrando, a minha família toda é diabética, e na minha infância, nós éramos uma família sem posse, eu me lembro que a minha avó usava insulina e era uma tremenda de uma dificuldade porque a família toda tinha que se reunir para conseguir o dinheiro para comprar insulina e os insumos. Depois que conseguia dinheiro o problema ainda continuava porque não tinha onde comprar e não podia ir na farmácia do lado porque não tinha. Precisava ir lá na Praça da Sé. Tinha que arrumar uma caixinha de isopor que naquela época era super difícil de achar, colocar gelinho dentro, tomar cuidado, rezar para o gelinho durar, então assim, essa dificuldade o paciente hoje não tem mais, está tudo ali, tem o acesso ali do lado da casa dele. O paciente não veio retirar os insumos e a insulina, está todo mundo em cima dele. O programa é estruturado.

Os programas governamentais, sendo resolutivos, segundo os pacientes, mantêm os usuários próximos da UBS e integra os cuidados.

A proximidade que o usuário tem a todo um sistema, rede, de atenção e cuidado. O maior benefício é fazer com que a equipe de saúde esteja muito integrada entre si e com o usuário. Ele se sinta bem.

6.5.6 Implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

A implantação do PMAQ-AB foi controversa no início. Alguns acreditavam que iria somente aumentar a burocracia e trazer poucos benefícios. Com a implantação efetiva, a percepção mudou. Atualmente, os profissionais acreditam que realmente têm colaborado para a melhoria da qualidade na APS e na garantia dos direitos dos pacientes.

O PMAQ-AB estimulou a criação de grupos, que alcançaram sucesso dentro das UBS. Uma participante relatou a experiência da criação de um grupo de atividades físicas para pessoas com algum comprometimento da saúde mental. Ela fez contato com o CEU e conseguiu espaço. Compareceram pessoas deprimidas e com problemas conjugais e familiares; dentre elas, uma jovem, vítima de acidente automobilístico que estava muito deprimida. O número de participantes aumentou e a atividade se fortaleceu na UBS.

Quando ocorreu a visita dos avaliadores externos do PMAQ-AB foram avaliar o grupo e ficaram muito surpresos com os resultados positivos alcançados.

Um dos pacientes, que era a menina dos olhos da doutora, ela chegou na equipe assim, não falava com ninguém, ela falava mal da ACS dela, dizia que odiava aquele posto [...] sentia muita dor e o neurologista dela mandou para unidade cuidar. No PMAQ chamaram ela foi falar, e em um dos depoimentos dela ela sorriu e a doutora começou a chorar porque foi a primeira vez que a doutora viu ela sorrindo, ela falou que tinha melhorado graças a atividade física, que ela fazia todos os dias, e que podia acontecer o que fosse mas que de quarta a sexta as 7:00 da manhã ela tinha compromisso com aquela atividade. Nós começamos a conversar com as outras pessoas para saber porque eles iam, aí uma falou assim: 'Ah eu vou porque a professora é muito legal, ela é gordinha mas se mexe'. Eles achavam o máximo porque para eles professor de educação física é magrinho, sarado e disposto e a deles era gordinha, apaixonada. Até hoje esse grupo existe, tem poucos homens, tem mais mulheres e todas elas vieram lá do pessoal da saúde mental. Essa atividade ficou marcada, está no banner da prefeitura como uma atividade diferenciada do posto e que trouxe um resultado que eu não esperava e que surgiu como uma demanda do PMAQ.

Entretanto, foi consenso entre os participantes que todas as experiências exitosas só são possíveis através do comprometimento dos profissionais que atuam na APS.

6.5.7 Dedicção dos Profissionais

O comprometimento e a empatia da equipe pelos pacientes da APS são os vetores para melhoria da qualidade e garantia dos direitos dos pacientes. Os profissionais se interessam pelos casos dos pacientes e, por mais que o sistema seja fragmentado e pouco resolutivo, buscam alguma alternativa para atender as necessidades dos pacientes.

Eu acho que toda a equipe precisa ter empatia pelo paciente, você saber que aquela pessoa tem um problema, uma necessidade e tentar dirigir para conseguir resultado.

Insistência por parte da equipe para atendimento psiquiátrico no CAPS é resultado muito exitoso.

O paciente ter consciência que pode contar com o profissional para resolver seus problemas de saúde gera segurança e satisfação.

O paciente sabe que não é toda hora na minha porta, mas eles também sabem, que tem o grupo de sexta-feira, eles sabem que tem uma forma de chegar até mim. Eu acho que o acesso que é uma coisa de direito, muito pautado no SUS.

A dedicação de alguns profissionais inspira outros trabalhadores, humaniza a assistência e garante os direitos dos pacientes.

Uma experiência exitosa é de trabalhar com um médico que está há dez anos no PSF e não tem porque, os filhos são super bem formados, ele tem consultório, é cirurgião, e faz questão de continuar atendendo ali numa distância enorme da casa dele, com mais de 60 anos de idade. Admiro muito ele, porque ele garante esse direito da assistência do usuário, ele conhece por nome, ele sabe quem é o idoso que não pode vir no horário do grupo, abre uma exceção, então eu acho isso fantástico.

O nosso objetivo do PSF é a atenção básica, é aqui que tudo começa, não é que ele tem direito a tudo, não é bagunçado, mas é aqui onde começa e se ele for bem orientado, se a gente atender bem, a gente tem uma chance muito grande de que o

problema desse paciente resolvido. O Dr. X eu o vejo correndo atrás do gerente porque ele sabe que existem umas vagas para paciente que tem câncer e que o gerente pode agilizar, esse é o interesse que ele tem, se todos os profissionais tiverem esse interesse quantos pacientes a gente não consegue agilizar? Quantos serviços a gente não consegue encontrar de filantropia.

Os profissionais têm consciência do seu papel, acreditam que oferecem o seu melhor e cumprem o seu dever com o SUS.

Só para finalizar a gente tem que ressaltar o nosso trabalho também, acho que todos aqui fazemos um bom trabalho, a gente tem que valorizar a gente também, fazer nosso marketing pessoal, porque nas condições que nos são dadas todos aqui fazem um bom trabalho.

Estamos fazendo o SUS continuar.

6.6 HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Entendendo que a essência do processo de humanização em saúde é a garantia do respeito à dignidade humana e aos direitos do indivíduo enquanto usuário dos serviços de saúde, foi reservado um dos seminários dessa pesquisa para discutir sobre esse tema.

Ao final do quarto seminário foram entregues para cada profissional uma cópia impressa da Política Nacional de Humanização e uma do HumanizaSUS na Atenção Básica, (Brasil, 2004; 2009), pois o tema do próximo seminário seria a humanização. Foi solicitado que, durante esse intervalo, os profissionais lessem as políticas e refletissem sobre sua prática.

No dia do seminário sobre humanização, os participantes foram divididos por categorias profissionais, para que pudessem discutir sobre suas práticas e, em um segundo momento, todos foram reunidos para socializarem o resultado de suas discussões.

6.6.1 Percepção dos profissionais quanto às proposições e concretização da PNH

Foi solicitado aos participantes que expusessem se concordavam ou não com os conceitos, valores e objetivos propostos pela PNH e que expusessem suas razões; se as proposições da PNH são reais na prática e se é possível concretizá-las; e, também, foram questionados se alterariam, acrescentariam ou suprimiriam algo na PNH.

De forma geral, houve concordância do grupo quanto aos conceitos propostos pela PNH. Acreditam que são, realmente, a base da humanização, que a maioria funciona e que todos levam ao crescimento como indivíduo e como profissional. Consideram que alguns pontos da PNH precisam ser fortalecidos.

Devemos ensinar o paciente e a equipe para a autonomia e para a corresponsabilidade. O paciente como protagonista é possível, mas demanda esforço.

Um aspecto da PNH, que foi destacado, é a criação e o fortalecimento de vínculos solidários entre a equipe e os pacientes, essencial na APS.

Quanto à concretização das proposições da PNH, os profissionais acreditam que é possível concretizá-las, entretanto, nem todas estão efetivadas.

A teoria chega quase a perfeição, é realmente o que deve ser feito para que tudo funcione, o problema é que a maioria não é real na prática como a maioria ainda está um pouco longe de ser concretizada, mas acrescentaria a autonomia de serviços assim como dos indivíduos. Eu percebo melhor através dos grupos oferecidos pela UBS, acho que é o que mais é real na prática.

Segundo os profissionais, a concretização é complexa porque o universo de profissionais e órgãos públicos envolvidos é muito grande, demanda muito esforço e as atitudes políticas não colaboram.

Para ampliar a implantação, é necessário estimular a participação do conselho gestor para garantir a participação social, possibilitar que o usuário esteja bem informado e aumentar a resolutividade dos problemas apresentados pelos pacientes.

Prestar um serviço que premia a resolutividade da demanda. Criando a corresponsabilidade de todas as figuras envolvidas neste processo, para aumentar o grau de autonomia.

Os conceitos são reais, porém, para concretizá-los, teria que haver menos politicagem. A lei não pode depender da mudança de governo. A educação e o conhecimento são precários. Tanto para o usuário como para o profissional.

Esses conceitos e práticas no cotidiano do trabalho tem melhorado bastante, os profissionais tem a cada dia buscado um melhor conhecimento e aperfeiçoamento. Os grupos de saúde tem sido uma preocupação dos médicos e enfermeiros, preocupados com a humanização do sistema.

Questionados se alterariam, acrescentariam ou suprimiriam algo na PNH, os profissionais relataram que diminuiriam a burocracia e unificariam os impressos, para agilizar o atendimento e dispensar mais tempo aos pacientes. Diminuiriam, ainda, a rotatividade dos funcionários entre as UBS. O profissional da APS seria mais autônomo e a opinião do paciente seria mais valorizada.

A produção cobrada nos faz desanimarmos, a sensação é que o trabalho foi feito, porém o dever não foi cumprido

6.6.2 Humanização na APS segundo os Auxiliares Técnico-Administrativos

Houve concordância entre os ATAS quanto às proposições da PNH. Quanto aos princípios e valores norteadores, são adequados para a APS, entretanto, não estão concretizados totalmente.

A parte da teorização do SUS é quase perfeita, quisera a prática funcionasse da mesma forma.

Entre as proposições da PNH, as que estão concretizadas mais fortemente são a formação de grupos de participação coletiva e a criação de vínculos solidários entre a equipe de saúde, o paciente e a comunidade.

Os ATAS concordam que o estabelecimento de vínculos solidários é terapêutico, haja visto, que a função principal da APS é a promoção da saúde. Com o vínculo, o profissional poderá colaborar na melhoria do estilo de vida dos indivíduos e na qualidade de vida da

comunidade. Eles também acreditam que o vínculo faz parte da base da Estratégia Saúde da Família.

Acho que a base do Programa Saúde da Família é estar envolvida com a comunidade justamente para criar esse vínculo.

Entretanto, o vínculo fica fragilizado pela burocracia excessiva e as regras impostas para o funcionamento do programa, que acabam tirando o foco do paciente e transferindo para as normas e rotinas.

Dentro das limitações dos serviços prestados, procura-se atender sempre da melhor forma possível, o problema maior é devido a burocracia de todo o sistema

É um pouco complicado pelo seguinte, numa consulta, o médico não cumpre mais aquela questão de prevenção, é para apagar fogo. São quinze minutos. O paciente não cria um vínculo ideal com o médico.

Muitas vezes ficamos à mercê de várias situações que impedem de podermos ajudar. Nós fazemos muito para que os pacientes sejam atendidos de uma forma adequada. Muitas vezes, vontade não falta, mas o próprio sistema não colabora.

As dificuldades impostas pela burocracia e pelo engessamento do sistema geram nos ATAS um sentimento de desconforto e impotência. Eles julgam que estar na prática da APS, atuando na linha de frente no atendimento aos pacientes, como é o caso dos ATAS, é uma tarefa de difícil execução.

Estar na prática é bem mais difícil do que parece ser.

Respeitar os direitos dos pacientes, as vezes, é desconfortável pelo ambiente onde se trabalha. Eu percebo em mim uma forte vontade de fazer cumprir todos os direitos de todos os pacientes, mas nem sempre é possível. Às vezes, chega a ser desmotivador saber a necessidade e o direito que ele tem e, por motivos que fogem ao meu controle, não poder ajudar. É muitas vezes estressante, é desgastante sentir diariamente essa necessidade e muitas vezes não ter como cumpri-la conforme é de direito.

Uma alternativa para assegurar o vínculo na APS são as atividades em grupo. Segundo os ATAS, a formação de grupos de participação coletiva é a proposição da PNH que melhor se concretizou na Saúde da Família.

No grupo é o melhor momento para criar esse vínculo. Os grupos são os que mais ajudam.

A socialização é outro benefício dos grupos. A frequência dos pacientes na UBS possibilita a interação entre eles e a manutenção do vínculo com a equipe.

A gente que trabalha só na administração acaba criando um vínculo com algumas pessoas de tanto que eles vão na UBS [...] e elas acabam te tratando de 'minha filha', 'meu filho'. Você acaba conhecendo elas e elas te conhecendo. Então eu acho que essa é uma parte que funciona na prática.

Segundo os ATAS, alguns pacientes 'arrumam' motivos para irem à UBS, como forma de encontrar pessoas. Citaram exemplos de idosos, que moram sozinhos, longe de seus familiares, que frequentam a UBS rotineiramente em busca de alguém que os escute. Quando algum membro da equipe consegue dispensar tempo para um idoso nessa condição está humanizando a assistência.

Vai toda semana lá, as vezes, todos os dias. Você resolve um problema. Queixou uma coisa hoje, você vai lá e resolve, amanhã ele aparece com outra queixa. Aí quando você vai analisar a vidinha dele, o que acontece? Ele é sozinho, ele não tem ninguém em casa para conversar, para ouvir ele. Ele vai no posto para quê? Porque ele está precisando de alguém que o escute.

Nos grupos, especialmente os idosos, buscam, também, a socialização com outros usuários. Foi relatado que, quando tem grupo, horas antes já tem vários pacientes esperando e eles ficam conversando entre eles, contando causos, trocando experiências e oferecendo apoio uns aos outros.

Parece que eles querem conversar entre eles. Principalmente nesses grupos que tratam da união, da família, da comunidade e com a equipe local de saúde.

A gente fala muito, 'lá vem os velhinhos para o shopping', porque o posto para eles é um 'shopping', muitas vezes, é onde eles têm para socializar.

A socialização entre os pacientes e a troca de experiências nos grupos colaboram na superação dos seus problemas, pois percebem que outros também enfrentam dificuldades.

Ele chega lá com uma queixa e vê que o outro tem uma queixa maior que a dele, aí aquilo conforta.

Para entender essa necessidade de socialização, sem achar que o paciente está sendo um estorvo, é necessário que o profissional tenha empatia.

Dentro do contexto da Saúde Pública, algumas vezes, teremos que nos colocar na posição do paciente.

Uma forma de humanizar o atendimento na APS é prestando informações claras. Se o paciente não for bem informado, ele poderá dirigir-se para um local inadequado na UBS ou na rede, perderá tempo, ficará bravo e deixará de acreditar no profissional e na APS.

O paciente parece uma bola de pingue-pongue. Vai e volta, vai e volta.

As orientações devem ser dadas de maneira clara e ter o respaldo de todos os outros profissionais envolvidos para que a informação não se torne um jogo de empurra.

Claro que iremos deparar com pacientes que já estejam no limite de sua revolta. Nós temos que entender o desespero de uma pessoa que já recebeu tantas informações desencontradas que irá descarregar toda sua raiva em alguém e talvez eu serei essa pessoa.

Muitas vezes o paciente não entende o funcionamento do sistema e cabe ao profissional, com paciência, calma, sabedoria e clareza prestar tais informações.

Além de informações sobre o sistema, os ATAS acreditam que devem conhecer, também, os direitos dos pacientes para que possam orientar os usuários e humanizar a assistência.

Os ATAS acreditam que os pacientes também têm um papel importante para concretizar os pressupostos da PNH. O paciente precisa buscar informações e respeitar o fluxo do atendimento.

É muito interessante você atender alguém que conhece o sistema. É bem diferente. É bom. Um paciente: 'Moço eu estou sentindo muita dor, aqui é AMA?' Eu falei que não, que era UBS. 'Ah, então o meu caso eu não resolvo aqui. Onde é que tem um AMA?' É diferente daquele usuário que chega e ele não sabe do sistema e fala 'eu estou com dor', mas aqui é Atenção Básica. Se o Senhor está com dor tem que procurar o AMA. 'Mas não tem médico aqui?' [...] A falta de conhecimento do

funcionamento do sistema e a não aceitação faz perder tempo e desgasta.

Os pacientes que chegam com atitude educada, gentil e humilde, ganham a simpatia dos ATAS e conseguem resolver seus problemas mais rapidamente, sendo que os profissionais vão além de suas obrigações com esses pacientes. O contrário acontece com os pacientes que tratam os trabalhadores de forma desrespeitosa e com xingamentos, por esses, os ATAS assumem que, em alguns casos, apenas cumprem com suas obrigações.

Tem aqueles pacientes que conhecem o sistema tudo direitinho, que falam assim: 'Meu filho não tem como dar um jeitinho com o médico da minha equipe, por que lá no AMA está muito cheio e eu estou com muita dor?' Assim sensibiliza quem atende, aí você vai lá e sensibiliza o médico e acaba que ele é atendido.

Aquele caso do paciente que chega atrasado, [...] que tem uma explicação, chega admitindo que tá atrasado. Você sente mais vontade de ir até o médico, interceder pela pessoa.

Um usuário chegou lá esses dias com consulta marcada, a médica ficou doente e não foi trabalhar. A consulta era às oito horas e não deu tempo de avisar. O camarada chega e ele quer brigar porque ele quer ser atendido de qualquer maneira [...] ele xinga a gente, a mãe da gente. Eu poderia tentar ajudar, se o paciente fosse gente boa. Chegar em outro médico: 'Quebra essa aí, Doutor?'. Nesse caso não, nesse caso nós só remarcamos a consulta.

Apesar de, algumas vezes, serem tratados de forma desrespeitosa pelos pacientes, os ATAS acreditam que todos os profissionais precisam trabalhar com bom senso e encontrar um meio termo para beneficiar o paciente, sem sobrecarregar os profissionais que, rotineiramente, estão com a agenda cheia.

Eu penso que a maior parte do tempo do nosso trabalho, é conseguir um meio termo do direito que o usuário tem. Porque ele marcou a consulta, ele tem direito a consulta. Por outro lado, o médico não pode ficar fazendo uma consulta em cinco minutos porque o outro médico faltou. Ao mesmo tempo, a pessoa precisa passar no médico. É uma correria nossa. Precisamos lidar com tudo isso.

Para colaborar na concretização da PNH, os ATAS acreditam que precisam se capacitar, para estarem mais bem preparados para atender o paciente e respeitar os seus direitos.

Trabalhando nesse segmento, sabemos o que iremos enfrentar e temos que nos preparar da melhor maneira possível nos capacitando cada vez mais.

Quanto ao que alterariam na sua prática para colaborar na concretização da PNH, os ATAS pontuaram que é necessário padronizar as ações, unificar os impressos e diminuir a burocracia do sistema.

De forma geral, os ATAS veem a sua prática como humanizada e que respeita os direitos dos pacientes, dentro do que é possível na realidade do sistema. Acreditam que atendem praticando a solidariedade e a escuta qualificada.

Balancear o direito que o paciente tem e a realidade do serviço oferecido [...] A sensação é de dever cumprido, é uma realização boa ver que o seu trabalho contribuiu para o bem de outros.

Mas procuro sempre ser solidária, procuro escutar antes de falar qualquer coisa, às vezes falo para o paciente, vou fazer algumas perguntas para que eu possa te ajudar melhor.

6.6.3 Humanização na APS segundo os Auxiliares de Enfermagem

Os Auxiliares de Enfermagem, participantes desta pesquisa, concordam com as proposições da PNH. Quanto à sua concretização, enfatizam a necessidade de fortalecer a corresponsabilização na APS, pois é através da responsabilidade mútua que se construirá a participação coletiva e se fortalecerá os vínculos.

Não é só direitos, só direitos, tem que mostrar que eles têm também, responsabilidades. Para você ter um bom atendimento, é um conjunto, todos têm responsabilidade.

Os AES acreditam que precisam assumir a responsabilidade da sua função, cuidando da saúde de seus pacientes, e que não podem ignorar condições apresentadas pelos usuários, fazendo unicamente o que é seu dever.

Eu não posso chegar ali e observar: 'Esse paciente está mancando muito da perna direita' e não fazer nada. O pessoal da sala de medicação, só fazer a medicação e assim por diante.

Acreditam, também, que a responsabilidade pelo cuidado precisa ser compartilhada entre todos os profissionais e que o atendimento tem que ser horizontalizado.

O foco se baseia na ideia da quebra da verticalização e a mobilização dos vários saberes e sujeitos dentro de um processo de saúde. Com a meta da implantação do processo de protagonismo, a motivação e a autoestima.

Nós não podemos pegar a responsabilidade só para nós, temos que dividir [...] O atendimento tem que ser horizontal e não assim 'esse aqui é papel do doutor e o meu é só aplicar a injeção', não, a ideia da Política é fazer um atendimento em círculo, um atendimento horizontal.

Os AES se veem em uma posição de orientadores dos pacientes, de forma a amenizar conflitos entre os usuários e a equipe. Foi pontuado que um período crítico no atendimento é o horário do almoço dos funcionários, entre o meio-dia e as 14 horas. Nesse período, o número de trabalhadores fica reduzido e a demanda aumentada, pois os pacientes também estão em horário de almoço e procuram a UBS para resolver suas questões. Essa situação é propícia para o surgimento de conflitos. Acreditam, também, que o paciente precisa entender as necessidades dos profissionais e o respeito precisa ser mútuo. A comunicação franca e clara foi apontada como ferramenta para prevenção e resolução desses conflitos.

O grande problema das pessoas, é quando se gera conflitos [...] O usuário enche a demanda na hora do almoço e ainda quer o atendimento para ontem e reclama: 'Só tem um para atender?' É claro que só tem um para atender, 'O profissional também tem o direito dele, assim como você tem o seu direito de horário de almoço. Se é teu direito, é direito do trabalhador também'. Como você resolve? Explica para o paciente 'Fulano, você veio num horário meio difícil, o pessoal está em horário de almoço, tem uma pessoa que está lá na medicação'. Explica para o paciente, o porquê, com isso, você pode evitar de ele partir para cima de você, porque é você que está ali e é você que responde. É você que pode amenizar esse conflito. Isso pra mim é complicado.

A corresponsabilidade propicia a formação de vínculos entre a equipe e o paciente. Segundo os AES, o vínculo na APS ainda é frágil

e precisa ser fortalecido. A concretização do vínculo possibilitará aos pacientes terem os profissionais como referência, e aos profissionais comprometer-se com a saúde da comunidade.

É imprescindível a criação de vínculo entre usuários, famílias e comunidade com a equipe local de saúde, com alguns profissionais que lhes sirvam de apoio e de referência técnica. Por outro lado, para o profissional e a equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde para aqueles que a procuram e são por eles procurados.

O vínculo, entretanto, não pode extrapolar os limites profissionais, oferecendo privilégios para alguns, em detrimento de outros.

Eu acho que a maior questão, desse livro (referindo-se a PNH) para nós, é o limite entre intimidade e vínculo. É um dos maiores riscos que a gente corre, por que a gente tem muito contato com os pacientes. Acaba que 'Ah, você não é meu amigo? Me dá uma ajudinha'. Uma gaze, uma luvinha, uma vacina aqui e tal. Então, a gente tem uma responsabilidade muito grande. Nós temos responsabilidade. Se ele tem direito o outro também tem.

O perigo é esse, quando extrapola o vínculo. Você não pode dar certas liberdades. Se você proporcionar algum benefício ao paciente e um dia você falar não para ele, ele é o primeiro a te arrumar encrenca.

Uma forma de fortalecimento de vínculos é a prática do respeito mútuo e da escuta qualificada. Os profissionais entendem que atos de bondade fortalecem o vínculo e que dispensar tempo para ouvir o paciente, muitas vezes, é somente o que o paciente precisa.

Em primeiro lugar ouvir as queixas do usuário, pois muitos necessitam apenas ser ouvidos.

A melhor forma de ser respeitado é respeitar o próximo quanto a suas necessidades e orientá-los quanto ao mesmo.

A gente vai afetar os relacionamentos e os pacientes, eles sofrem quando a gente trata mal eles.

A corresponsabilização, a criação e fortalecimento dos vínculos na APS, iniciam com os profissionais e envolvem os pacientes, até o ponto de esse paciente assumir o “andar a própria vida”, proposto pela PNH.

O vínculo será terapêutico quando contribuir para que graus crescentes de autonomia sejam alcançados. Então, tanto o paciente quanto o trabalhador, se atingirem o objetivo de se vincularem, isso é o que o SUS quer.

A corresponsabilidade desses sujeitos é possível. Construirá essa possibilidade de aumentar o grau de autonomia de cada um.

Segundo os AES, a corresponsabilidade entre os sujeitos na APS deve propiciar espaços de participação coletiva, que devem extrapolar os muros da UBS e acontecer em todos os momentos de atendimento. Eles consideram a visita domiciliar, os grupos, as oficinas e o próprio ato do atendimento como formas de participação coletiva.

É preciso criar espaço coletivo, espaço de encontro entre as pessoas [...] Se você está atendendo um paciente na coleta, na medicação, então aquele ali é seu espaço coletivo. O espaço não fica restrito só a uma sala, um atendimento, uma consulta, não se limita a um espaço físico, mas envolve o relacionamento com a pessoa, o atendimento.

Apesar de acreditarem nas proposições e perceberem o processo de concretização da PNH, os Auxiliares de Enfermagem relataram alguns conflitos que experimentam na prática, relacionados à humanização na APS.

Referiram que existem falhas no sistema de agendamento eletrônico, que a internet das UBS é lenta, que o tempo de espera para conseguir vaga para consultas e exames é muito longo, e que tudo isso desumaniza a assistência.

Olha, a gente descobriu um negócio aqui, que esse livrinho (referindo-se a PNH) é bacana mas, ele não ensina a gente a trabalhar em cima das falhas do sistema; quanto cai a internet, quando a agenda duplica, quando vem uma consulta de RT e o médico está de férias ou de folga. Isso é complicado, sobra para gente.

Outra falha apontada pelos AES no processo de humanização é a sobrecarga dos profissionais. As metas estabelecidas para os profissionais são elevadas e o excesso de burocracia, para cumprir normas e rotinas, tira tempo da assistência e da educação em saúde.

Enquanto o tempo do profissional é tomado pela burocracia e alcance de metas, os pacientes necessitam de informações sobre saúde, funcionamento do sistema e sobre seus direitos e deveres.

Onde que um médico que tem quarenta visitas, oitenta consultas, quando que ele vai parar para ouvir o paciente no grupo? Eu, com sinceridade, acho isso ilusório demais. Como que eu vou montar um grupo se eu tenho 72 visitas domiciliares, duas salas que eu tenho que tomar conta, tanta papelada, agora com chek list para fazer, e ainda escutar o paciente que lá no interior ele usava isso, fazia aquilo, a comida era feita com isso, isso e isso. Infelizmente, só se eles montarem outro PSF.

Eu acho que do tempo que eu entrei para hoje, hoje é muito mecânico. Troca de receita, troca de exames. Antigamente faziam um grupo bem educativo, de saúde mental, de artesanato. Hoje devido ao nosso tempo ser muito escasso, muito apertado, o nosso grupo é só aquele grupo de HiperDia, trocou a receita, mediu a pressão e acabou. Nada educativo, de dar palestras.

Foi relatado que tempos atrás os grupos eram educativos e culturais, que os profissionais aproveitavam esses momentos para conhecer a cultura dos pacientes, termos e costumes regionalistas e, como isso, interferiam na saúde. Os profissionais se adaptavam às necessidades dos pacientes para alcançar o objetivo de educar em saúde. Entretanto, atualmente, com a pesada rotina imposta, isso não é mais possível.

Eu fui me moldando. Você não pode falar muito técnico, tem que falar a língua que eles entendem, senão eles não vão entender. Infelizmente, o sistema foi nos esmagando e hoje você não tem tempo de fazer isso.

Outra questão tratada pelos AES foi a fragilidade no relacionamento entre os pacientes, a comunidade e a equipe, que fica mais evidenciada em alguns setores de atendimento, considerados como críticos nesse aspecto, que são a recepção, a demanda espontânea e a coleta, onde os AES atuam diretamente. Nesses locais exige-se muito empenho e equilíbrio do profissional, bem como, a necessidade de humanização.

Nesses setores, demanda espontânea, coleta e recepção, são os locais onde a maioria dos conflitos entre interesse e necessidade do paciente e a condição do preparo emocional e psicológico do profissional afloram, se algo der errado, ambos,

sempre saem no prejuízo. O paciente vai embora irritado, nervoso sem sua queixa solucionada e o profissional com o emocional prejudicado.

O equilíbrio entre o bom desempenho do profissional e o respeito mútuo, algumas vezes, ficam prejudicado devido à forma como o paciente se relaciona com a equipe. Foi pontuado que alguns pacientes querem que suas necessidades se sobreponham às demais e, quando isso não acontece, fazem exigências de forma desrespeitosa.

A relação entre os órgãos públicos e a equipe da APS também precisa ser revista, segundo os AES, o Poder Público faz propaganda de ações que não cumpre, desrespeitando os direitos dos pacientes e desumanizando a assistência.

A mídia mostra a propaganda do Estado como cuidador, assistencialista do povo, mas, muitas vezes, quando o paciente chega até nós, descobre que existe um poço chamado realidade.

Uma forma que foi sugerida para estreitar essa relação foi a criação de um canal de comunicação entre o governo e a equipe, uma espécie de serviço de ouvidoria, onde os profissionais pudessem expor as dificuldades que estão enfrentando, tais como, falta de vagas para encaminhamentos.

Eu estava pensando que se o SUS quer ser SUS mesmo, ele deveria ter uma ouvidoria para os profissionais, por exemplo, a Doutora liga lá: 'Eu estou com uma dificuldade para tal exame, para cinco pacientes, qual a sugestão que vocês me dão?' Nunca vi isso na minha vida. Eu acho que isso aí funcionaria.

Já que o paciente pode fazer ouvidoria, por que o profissional não fazer ouvidoria também?

Os AES acreditam que esse seria um canal para melhorar o atendimento, entretanto, não parece haver interesse por parte dos governantes para tal serviço, pois estariam 'gerando reclamações contra eles mesmos' e poderiam considerar que os profissionais estariam trabalhando contra o sistema. Os Auxiliares acreditam, também, que essa seria uma forma de valorização dos profissionais como protagonistas no SUS, como propõe a PNH.

Os Auxiliares de Enfermagem se veem de forma positiva no processo de humanização na APS, buscando o aperfeiçoamento constante para respeitar os direitos dos pacientes e humanizar a assistência.

Neste ambiente estamos nós, temos que usar toda sabedoria e paciência possível para acolher este paciente que, muitas vezes, está insatisfeito. Alguns são mais maleáveis, sabem e entendem sobre a burocracia, são menos resistentes ao diálogo. Sinto-me instigado a sair do senso comum, sair da zona de conforto, isso sem comprometer o fluxo do sistema que também é útil para a condução do serviço.

6.6.4 Humanização na APS segundo as Enfermeiras

Existe concordância entre as enfermeiras participantes dessa pesquisa quanto às proposições da PNH. Consideram que os conceitos são reais e aplicáveis na APS. Porém, para concretizá-los precisa haver reformas políticas que propiciem o fortalecimento dos programas, investimento na educação do usuário e na formação permanente dos profissionais, ofertar serviços com agilidade e qualidade, garantir a participação coletiva com valorização da opinião do usuário e equilibrar a cobrança das metas com o que realmente é possível desenvolver com qualidade.

Como profissionais, as enfermeiras percebem sua obrigação de respeitar os direitos dos pacientes e humanizar a assistência, atuando com empatia, sem atitude de superioridade e respeitando a si mesmas.

Muitas vezes só entendemos as necessidades dos outros quando enfrentamos necessidades semelhantes em nossa vida. Como profissionais precisamos entender que somos iguais a qualquer outro ser humano e não superiores.

Saber respeitar as pessoas dentro das suas necessidades e limites, sem desrespeitarmos a nós mesmos é um grande desafio enfrentando diariamente.

Entretanto, os entraves políticos prejudicam a concretização da PNH. A defesa dos interesses partidários em detrimento dos interesses da população e as mudanças nos programas devido as

mudanças no governo desrespeitam os direitos dos pacientes e desumanizam a assistência.

A lei não deveria depender da mudança de governo, eles deveriam só fazer cumprir a lei e não depender da sua vontade política.

Segundo as enfermeiras, falta participação popular nas decisões tomadas na APS e na defesa dos interesses dos pacientes. O Conselho Gestor (CG) precisa ter uma atuação mais efetiva, garantindo a representatividade popular nas decisões. Consideram que são percebidas mudanças significativas resultantes da atuação do CG.

Eu estou há nove anos no PSF, eu não consegui ainda ver um Conselho Gestor atuante. Já vi membros do Conselho Gestor que procuram atuar de uma forma mais intensa, mas o conselho em si fazendo acontecer alguma coisa, eu nunca vi.

Acreditam que é necessário que os membros do CG conheçam sua função, para atuarem de forma assertiva e melhorar, inclusive, sua imagem perante a equipe de saúde. A visão que se tem dos conselheiros é que são aqueles usuários 'chatos' que, muitas vezes, cobram dos profissionais questões que estão fora do controle da UBS, ou ainda, que lutam por coisas pequenas, como uma vaga para consulta na própria UBS. O CG deveria reivindicar melhorias mais amplas, mobilizar a comunidade em prol de mudanças mais significativas para a população.

A participação individual e a opinião dos pacientes precisam ser consideradas e colaborarão para a participação coletiva na APS. Algumas mudanças locais que são efetuadas, afetam diretamente aos usuários, e, por conta das necessidades da UBS e da alta demanda, eles não são consultados.

Nós mudamos o estilo de grupo e um usuário bem idoso chegou para mim e falou assim: 'Nossa Enfermeira, vocês mudam e não perguntam para ninguém?' Eu falei 'Para ninguém, como assim?' Ele falou 'Pra gente. Não é a gente que vem aqui?' Eu fiquei super sem graça, porque ele tinha razão.

Quando os pacientes fazem solicitações, foi pontuado que eles cobram agilidade, sem importar-se com a qualidade do serviço que estão recebendo.

A qualidade do serviço é ruim, porém, o usuário não cobra essa qualidade, ele cobra a agilidade do serviço, ele quer ser atendido, ele quer ter o direito dele, mas do jeito que vier está bom. Se ele cobrasse essa qualidade talvez esse serviço seria diferente.

As enfermeiras acreditam que os pacientes deveriam reivindicar junto aos órgãos públicos a melhoria na qualidade dos serviços, por exemplo, as consultas são feitas em 15 minutos. Nesse período o paciente não consegue expor todas as suas necessidades e a enfermeira não consegue cumprir o seu principal papel no atendimento, que é a orientação. Relatam que não parece ser de interesse prestar serviço com qualidade.

Não é de interesse de uma outra instância que seja feito com qualidade [...] Para você atender com qualidade exige um investimento de tempo e tempo é muito dinheiro. Então, entre você ter número e você ter qualidade, é óbvio que eles cobram os dois, mas na hora de conferir, eles olham os números.

As enfermeiras envolvidas nessa pesquisa, não ficam satisfeitas em, unicamente, realizar suas atribuições enquanto cumprimento das metas. Elas gostariam de oferecer mais qualidade no atendimento aos pacientes e dispensar mais tempo nas consultas, especialmente, para fazer orientações quanto ao estilo de vida e cuidados com a doença. Para conseguir melhorar alguns aspectos do atendimento acabam dispensando recursos próprios e trabalhando além do horário.

Muitas vezes deparamos com situações onde a prática entra em conflito com os direitos dos pacientes. Seja por falta de recursos momentâneos ou por que realmente não há recursos no nível da Atenção Básica para ser oferecido que garanta esse direito. Quando ocorre uma situação momentânea, por exemplo, a falta de insumos para realizar curativo, já disponibilizei de recursos pessoais para garantir o seguimento do tratamento sem prejuízos ao paciente.

Outro recurso que disponibilizamos é do tempo extra de trabalho para resolver o que muitas vezes não é possível na carga horária. Hoje eu abri mão da minha hora de almoço, porque eu

tinha que fazer visita domiciliar, já estava na área, então vou aproveitar e vou fazer, porque eu não terei tempo para voltar aqui depois [...] Você fica sem almoço, sem ir no banheiro na hora, sem beber água.

A impossibilidade de oferecer mais tempo e atenção aos pacientes desumaniza a assistência e provoca nas enfermeiras o sentimento de insatisfação com seu trabalho.

A produção cobrada nos faz desumanos. A sensação que a gente tem, é que o trabalho foi feito, mas o dever não foi cumprido.

A gente está muito preocupada com a quantidade, com a coisa do imediatismo, com a papelada. É burocracia, é sistema, é agenda nova, é produção, é meta. A qualidade, infelizmente... (fica pensativa e não conclui a frase) É a qualidade que dá essa satisfação na gente de 'eu fiz tudo o que eu podia fazer', 'ele queria isso, mas eu consegui fazer mais, descobri isso, encaminhei para isso e resolvi isso'. Infelizmente não tem tempo para ir além da sua obrigação.

Eu estou trabalhando por necessidade minha lógico, e trabalhando muito, mas aquela satisfação pessoal eu não tenho.

As enfermeiras gostariam de poder dispensar tempo para o que realmente é importante e não concentrar seus esforços em somente articular o cumprimento das metas. Gostariam de sentir que estão transformando de forma mais significativa, a realidade onde estão inseridas.

E1: Terça feira eu atendi, atendi, atendi todo mundo, digitei todo mundo e dei presença para todo mundo na agenda do SIGA, e atendi todo mundo que tinha, saí 16h00 e deixei minha mesa limpinha. Cheguei em casa, sentei e abri minha agenda do que era importante, o que era realmente essencial.

E2: E você não tinha feito nada!

E1: (Sinaliza que não com a cabeça) Dá essa sensação de insatisfação.

Aquela coisa de 'ah vamos fazer isso porque nós vamos resolver o problema, mudar uma realidade, vamos transformar, vamos prevenir, vamos promover' não está acontecendo.

E1: Você fica sofrendo com aquilo. Então você se protege mentalmente para você não sofrer.

E2: É mas ainda me dói.

E1: Incomoda, incomoda.

E3: Desejo sucumbido, porque você fez tudo pela metade, é isso que eu quero dizer.

Você fica doido correndo atrás da agenda, da agenda, quando você poderia realmente estar dando atenção para coisas que

realmente importam, mas não pode porque tem que estar tudo na agenda [...] A secretaria quer 100% da agenda.

Outras questões que dificultam a concretização da PNH são os empecilhos do próprio sistema, a burocracia e a fragmentação dos serviços.

O próprio sistema coloca a gente contra o usuário, parece que eles são nossos inimigos [...] Eu acho que o próprio sistema faz com que a gente desumanize. O próprio sistema não é humanizado. A forma como todo o atendimento e rede de serviço são organizados, não é humanizada nem para o usuário, nem para o profissional.

As enfermeiras discordam do posicionamento do Poder Público relativo a oferta de programas assistenciais para a população.

Eles usam a mídia, eles pegam o direito, pegam toda essa parte bonita e vendem isso, através desses produtos que são os programas governamentais, esses serviços que, na verdade, não passa de obrigação que eles oferecerem.

Isso que eles estão oferecendo não é de direito? [...] Eles estão garantindo o mínimo. Mas eles passam isso, como se fosse grande coisa.

O desconhecimento das leis e a falta de educação em saúde foram pontuadas como questões que dificultam a concretização da PNH.

A lei deveria valer, só que você conhece todas as leis? Eu não conheço todas as leis. A gente que trabalha não conhece todas, quem dirá o usuário.

A falta de conhecimento é generalizada [...] Essa Política de Humanização, assim como a carta dos direitos do usuário, são coisas que não são passadas, que não são estendidas,

As enfermeiras gostariam de exercer um papel mais educativo na APS, realizar grupos de orientação a portadores de doenças crônicas, mas relatam que o grupo não gera produção, o que inviabiliza a sua realização. Ainda, relatam que na sua prática não conseguem dispensar tempo para orientação individual. Por exemplo, se um paciente chega na UBS com crise hipertensiva e não sabia que era hipertenso, em geral, quem está na demanda não tem tempo para realizar a consulta completa e oferecer as orientações sobre os

cuidados e não tem grupos de hipertensos voltados puramente para a orientação dos pacientes. O que se pode fazer é encaminhar o paciente para o agendamento da consulta médica, que o atenderá em 15 minutos e, também, não conseguirá realizar educação em saúde.

Você perde o princípio da orientação, perde o princípio de prevenção.

Durante os momentos de educação em saúde seria possível informar a população sobre o funcionamento do sistema. As enfermeiras acreditam que se isso ocorresse, os pacientes valorizariam mais a APS.

Infelizmente a cultura de que o posto de saúde não presta, está enraizada. As pessoas já vêm armadas, por isso um serviço de conscientização para mim seria o melhor caminho.

Quanto às sugestões para a concretização da PNH, as enfermeiras acreditam que precisa de reorganização do serviço, de forma que os profissionais consigam dispensar mais tempo e atenção aos pacientes durante o atendimento, e de mais apoio dos órgãos superiores, proporcionando educação em saúde para o paciente e educação permanente para os profissionais, garantindo a humanização da assistência.

Todo mundo precisa entender que a gente está ali por causa daquela pessoa que está do outro lado do balcão, precisa voltar a prestar atenção no ser humano, não na senha.

6.6.5 Humanização na APS segundo os Agentes Comunitários de Saúde

Os Agentes Comunitários de Saúde também concordam com os conceitos e valores apresentados pela Política Nacional de Humanização. Eles se veem como um elo entre a comunidade e a UBS, entretanto, na sua prática, o excesso de papéis a serem preenchidos, os vínculos frágeis entre os pacientes e os demais membros da equipe, a baixa adesão dos pacientes às orientações, e

o limitado desempenho do papel educativo da APS desumanizam a assistência e dificultam a concretização da PNH.

Você sabe para quê que a gente serve? Somos um elo entre a população e a unidade básica de saúde.

Eu me percebo muitas vezes, impotente pois ao atender um paciente quero lhe oferecer conhecimento, direcionamento ou possíveis soluções à sua necessidade mas, o fluxo do trabalho levanta tantas barreiras, que muitas vezes o máximo que consigo fazer é orientar a agendar uma consulta ou procurar outro equipamento.

Na prática diária, os ACS se percebem atolados em papéis a serem preenchidos. Pontuam que são muitos impressos separados, porém, com informações repetidas.

Nosso papel lá é preencher papel. Os Agentes de Saúde trabalham para preencher papel, porque a gente tem que fazer uma visita em menos de 40 minutos. No dia-a-dia, nós temos os relatórios para escrever, ficha A, B, C, a ficha da vacina agora e toda aquela pasta laranja para o PMAQ, que tem que estar em ordem. Obesidade, diabetes, hipertensão, benzodiazepínico, álcool, droga. Então, a gente não consegue dar conta de tanto papel.

Os ACS questionam a necessidade de alguns impressos. Relatam que, ao preencherem tantos papéis, têm uma sensação de tempo perdido, pois as mesmas informações repetem-se em muitos deles. Para piorar a sensação de serviço perdido, referem que, ao final de cada ano, agrupa-se todo esse material e guarda-se no arquivo morto. Os ACS gostariam de poder dispensar mais tempo no atendimento direto aos pacientes.

No final do dia a gente está exausto de tanto escrever relatório. E a atenção com o paciente? A gente não conseguiu nem olhar direito para o paciente e ouvir a história dele.

O fluxo burocrático de trabalho somado à rotatividade dos profissionais entre as UBS, fragiliza o vínculo entre a equipe e a comunidade. Os ACS acreditam que o fortalecimento do vínculo é algo difícil de acontecer. Os Agentes, normalmente, são residentes da mesma área e não são substituídos com frequência, o que não acontece com os demais membros, especialmente os médicos e enfermeiros. Eles relatam que, quando o médico e o enfermeiro estão

conhecendo todos os pacientes, estão se vinculando, são transferidos e o processo é reiniciado.

O maior vínculo mesmo com a comunidade, quem tem é o Agente de Saúde. Os demais profissionais estão sempre girando, não tem posto fixo. Às vezes quando um médico já está com um conhecimento, já sabe da história da família, já sabe o nome, a doença e a medicação do paciente, é transferido. Ou pede a conta, fica doente, se afasta. A mesma coisa acontece com o enfermeiro.

Os ACS pontuaram que outra questão que fragiliza o vínculo na APS é a diferença entre o trabalho praticado pelas equipes, dentro da mesma UBS, e a instabilidade ocorrida com as mudanças de partidos políticos.

Nosso paciente está ali tendo um convívio conosco, com uma rotina, quando ele muda para outra área ele estranha, tudo cai em contradição, mesmo que seja na mesma UBS.

É muito ruim, também, essas atitudes políticas, muda o governante você muda totalmente a forma de trabalhar.

O SUS é um trabalho em conjunto e as vezes nem todos os conjuntos se formam com um só.

Apesar de estarem vinculados à comunidade, os ACS relatam que têm dificuldades em conseguir adesão dos pacientes às consultas, exames e tratamentos propostos pela Equipe de Saúde da Família, especialmente com alguns idosos. É comum encontrar idosos que não querem realizar Papanicolau por acreditarem ser desnecessário, já que não possuem vida sexual ativa e, ainda, pacientes que preferem utilizar tratamentos alternativos a buscarem, na UBS, a solução para seus problemas na UBS.

Aquele povo antigo que tem aquela crença que passar arruda, benzedeira. Você acha que vai no médico quando tiver uma criança com diarreia? Não, vai na benzedeira.

E o Papanicolau de uma senhora de 60, 70 anos. Principalmente as viúvas. Elas acreditam que não tem mais vida sexual ativa, que não precisam fazer o exame.

Os ACS acreditam que a adesão deveria ser maior, entretanto, sentem-se motivados a desempenharem seu trabalho com qualidade para atender aos que se vinculam à Equipe.

Se for parar para observar o tanto de paciente que temos e o pouco que vai, a gente frustra. Mas não podemos nos apegar a isso.

Os Agentes de Saúde gostariam de colaborar em algumas atividades para as quais não são convidados, por exemplo, planejamento de mudanças que afetem o seu processo de trabalho e realização de grupos especializados.

Quando as mudanças vão acontecer, ninguém nos pergunta se estamos de acordo ou não.

Eu fiz um curso sobre álcool e drogas e a unidade não me permitiu trabalhar com isso, mas ela quer que eu preencha lá aquela lista gigante do PMAQ com as pessoas da área que sejam usuárias de álcool e droga, mas eu não posso tomar nenhuma atitude, só posso falar que tem.

Outro fator que dificulta a concretização da PNH na APS é a rotina sobrecarregada dos profissionais da equipe. As metas elevadas que o médico e o enfermeiro da equipe precisam cumprir, os afastam dos ACS e os desvinculam da comunidade.

Antigamente tinha um horário do dia que a gente sentava com a enfermeira e o médico. Agora não, na minha equipe mesmo, a medica só pode participar segunda e quinta, nos outros dias ela não participa das reuniões, porque eles deram uma espremida nas agendas para eles atenderem mais consultas. Então a gente não consegue conversar os assuntos que a gente conversava diretamente com o médico, as vezes até pedir uma vaga especial, a gente não consegue mais. Por que é uma correria tão louca.

Os ACS procuram desempenhar no dia-a-dia um papel informativo sobre o funcionamento do SUS e do PSF, com informações claras e objetivas, direcionando adequadamente os pacientes e, ainda, um papel educativo quanto à promoção da saúde.

Passo para os usuários, como os serviços funcionam, que é a minha função, e em suas residências falo sobre prevenção, educação e orientação, sou um elo entre a saúde e a comunidade.

Não deixo qualquer paciente ficar perdido, ou seja, sair com dúvidas do espaço público para não virar um mal entendido.

Em relação à proposição de mudanças na APS para assegurar a concretização da PNH, os ACS acreditam que os profissionais

precisam ter atitudes mais otimistas quanto à possibilidade de transformação de suas práticas, que precisa diminuir a rotatividade dos funcionários e amenizar a burocracia sufocante durante as atividades.

A gente tem que acreditar, vamos melhorar sim, é difícil, mas temos que tentar.

E uma coisa que nós concordamos de mudar é essa rotatividade de funcionários, porque se fala tanto de vínculo, mas esse vínculo não dá tempo de criar.

O que eu mudaria? As escalas de atividades que são sufocantes. Na visita, o Agente não dá conta de escrever o que o paciente fala e preencher tantos relatórios.

6.6.6 Humanização na APS segundo os Médicos

Entre os médicos envolvidos nessa pesquisa, há concordância em relação aos conceitos propostos pela PNH. Acreditam que são ideais para a ESF, entretanto, estão distantes de serem concretizados.

Claro que concordamos, são corretos [...] Queremos que isso seja real [...] Eles estão ainda muito distantes da prática, porque são as pessoas que estão bastante distantes.

Na prática, existe uma grande dificuldade para implementar esses conceitos, devido à restrição de informações por parte dos usuários, pela falta de autonomia dos profissionais da ESF, pela fragilidade do vínculo entre a equipe e a comunidade, pela burocracia e pelas normas impostas pelo sistema, que desumanizam a assistência.

O respeito aos direitos dos pacientes existe, segundos os médicos participantes dessa pesquisa, e é o ponto inicial para a concretização dos pressupostos da PNH na APS. Consideram que o trabalho deve ser desenvolvido com empatia, percebendo e respeitando as necessidades do paciente e atendendo com o que está ao alcance dentro do SUS.

Partindo dos meus princípios éticos e morais sempre procurarei respeitar os direitos que percebo necessários e não direitos impostos por lei.

O bom profissional deve ter empatia com o paciente, percebendo e respeitando as necessidades dele e atendendo as necessidades com o que temos ao nosso alcance.

O que precisa ser considerado, também, é a fragilidade do paciente. Muitas vezes a angústia que o paciente está vivendo interfere em sua condição emocional e cabe ao profissional acolhê-lo e encaminhá-lo.

Devemos nos lembrar que normalmente os pacientes estão fragilizados com um problema, e que, as vezes, o desespero atrapalha o raciocínio. Devemos estar preparados para aqueles casos em que os pacientes estão tão frustrados com a vida, que tentam 'culpar' qualquer um à sua volta ao invés de tomar providências para melhorar a sua situação. Arrumar um culpado pelos seus erros é fácil, difícil é parar para refletir e começar a mudar.

Um fator que interfere no respeito aos direitos dos pacientes e na humanização da assistência é o requerimento de vontades dos pacientes e não de direitos e, ainda, a imposição de algumas ações que, segundo os médicos, algumas vezes, não passam de atitudes assistencialistas.

Eu como médico, me sinto na obrigação de respeitar os direitos dos pacientes, porém, sempre nos resta a perguntar o que são os direitos e o que os pacientes (usuários do SUS) acham que são direitos?

Eu me sinto coagida a respeitar, o que eles chamam de direito, mas que na verdade é um assistencialismo.

Segundo os médicos, uma forma de se impor um modelo assistencialista, sem valorizar a promoção da saúde, é estabelecendo que uma consulta médica deve ocorrer em 15 minutos. A necessidade de atendimento rápido priva a equipe de realizar as ações que compõem a base da PNH e da APS, que são o vínculo com o usuário, o estabelecimento de corresponsabilidade e o estímulo a participação coletiva.

Você precisa de alguém que enxergue isso lá em cima. Te dar 15 minutos para a consulta e querer que você converse com o

paciente, saiba da vida do paciente [...] e ter que informar instruir, atender, diagnosticar, ouvir, encaminhar, transcrever, examinar uma pessoa. Impossível.

Para corrigir essa situação é necessário o esforço por parte de todos os participantes, especialmente dos gestores e coordenadores do próprio SUS. As ações precisam ser globais, virem de cima. Precisa ser revisto o tempo que o médico dedica para cada paciente.

Nos é imposto uma produção desumana, com atendimento de 15 em 15 minutos sem intervalos [...] como atender? Como acolher? como ser compreendido pelo usuário? Se não temos tempo para informa-lo.

A questão da cobrança da produção, não te dão o tempo, eu gostaria de ter tempo com os pacientes, conhecer as famílias, conhecer as histórias.

Outras atividades que não estão sendo realizadas pelos médicos, como eles gostariam, devido à escassez de tempo, são a reunião de equipe, que teve seu número reduzido com a finalidade de sobrar mais tempo para o médico dispensar às consultas e às visitas domiciliares. Esse modelo de atendimento rápido e a rotatividade de profissionais colaboram para a fragilização dos vínculos na Atenção Primária.

Eu fiquei seis anos na mesma equipe, junto com os mesmos Agentes de Saúde. E agora estou saindo. Vou para a UBS X. Tem essa transição de vínculo. Porque está chegando a médica nova, e os pacientes já ficam com o pé atrás [...] Vai demorar até construir o vínculo de novo.

Se o paciente chega ao ponto de ter que dizer para o profissional: 'Exijo os meus direitos', é porque algo no relacionamento entre o paciente e o profissional não deu certo.

Quanto à participação dos usuários, não se pode esperar uma participação que traga mudanças significativas para o atendimento, pois, segundo os médicos, falta muita informação para os pacientes e o que eles realmente querem é ter o seu próprio problema resolvido, sem se envolver com os problemas da comunidade como um todo ou da UBS.

O usuário no dia-a-dia, não quer se envolver muito, não quer saber disso, ele quer resolver o problema dele.

A gente acha que existe uma restrição por parte dos usuários. Quando você tenta colocar esses conceitos na prática, você tem uma dificuldade por parte dos usuários, por conta da pouca informação.

A desinformação do paciente e a insistência em satisfazer suas vontades, e não unicamente seus direitos, desgastam a equipe. Foi relatado o caso de uma senhora em tratamento de um tipo de tumor hipofisário, tomando vários medicamentos e que suas unhas escureceram. Ela procurou o médico da família dizendo que estava com micose nas unhas. Ao avaliar a paciente a médica detectou que não era micose e encaminhou a paciente ao dermatologista para averiguar a associação desse sinal com o tratamento oncológico que a paciente realizava. A paciente insatisfeita fez uma reclamação no serviço de ouvidoria alegando que o profissional não havia prescrito uma pomada para a micose.

Outra situação é o paciente que requer ações que não estão sob a governança da UBS.

Na grande maioria das vezes o usuário está mal informado e exige coisas que não estão dentro da nossa alçada. Vamos a um exemplo: A gestante exige o crédito do bilhete único que ainda não foi depositado (creditado), mas sinceramente: 1. Não sou responsável pelo crédito. 2. Já fiz toda a burocracia relacionada 3. Já instrui a paciente de que os passos para o crédito são realizados por vários setores, inclusive fora da UBS. 4- Vejo que a paciente mora "em frente" à UBS.

Você tem que explicar, mas eles não confiam. Também pode ser uma questão de vínculo. Se você tem um bom vínculo, geralmente ele confia em você.

Em outras situações o paciente pode apresentar dificuldade em entender as orientações recebidas.

Às vezes o não entendimento às orientações recebidas. Independente do caso, devemos esclarecer como é possível prosseguir e resolver a questão. Ou, se existir mais de uma opção, orientar ao paciente e permitir que ele decida.

Quando o profissional consegue dispensar tempo atendendo o paciente, acontece o fortalecimento do vínculo na APS e aumenta o grau de corresponsabilidade entre os sujeitos.

É necessário que tenhamos tempo, nos dedicarmos a população. É como um filho que demanda tempo, atenção, educação, rédeas, leis e sobretudo carinho e compreensão.

As experiências expostas pelos médicos quando o vínculo foi estabelecido e a responsabilidade pela saúde do paciente foi compartilhada são positivas. Relataram sobre pacientes que precisavam praticar atividade física e buscaram ONG, CEU, projetos comunitários e conseguiram se inserir em grupos. Outra paciente precisava de orientação nutricional e conseguiu em uma igreja que oferecia tal serviço. Uma paciente de 66 anos com artrose bilateral grave, com sobrepeso, que não conseguia fazer atividade física devido à dor que, com auxílio da médica da UBS e da equipe do NASF, emagreceu 20 kg e melhorou sua mobilidade.

As pessoas buscam. Lógico que não são todas. Mas sempre tem aquelas que vão atrás.

O aumento da corresponsabilidade leva a maior participação coletiva na prática da APS. Uma ferramenta para a isso é o Conselho Gestor da UBS. Entretanto, foi discutido que a isonomia do Conselho Gestor precisa ser mantida, seus membros não podem estar vinculados a partidos políticos.

Será que isso é para o crescimento da comunidade? Será que é para interesse próprio, pessoal? Você acaba vendo as pessoas criarem algumas vantagens para elas próprias, para algumas famílias, para alguém.

Foram citados exemplos de alguns Conselhos Gestores que funcionam e que se tornam formadores de opinião dentro da área da UBS e, realmente, são representantes da comunidade.

Na hora que fala participação coletiva, eu acho que o único diálogo, pelo menos lá na nossa UBS, que a gente tem com o usuário em si, assim como formador de alguma opinião para dentro da UBS é o conselho gestor. A gente tem um conselho gestor que é legal, é atuante

Foi pontuado pelos médicos que o SUS tem passado por um processo bastante visível de melhorias em sua organização, apesar

de o serviço ainda ser lento e haver falhas, o esforço dos gestores tem alcançado êxito na questão da qualidade do atendimento.

Eu sou do tempo do começo do SUS. Ao ver o SUS como ele começou e como ele está hoje, é muito organizado comparado ao SUS que começou, com as dificuldades e tudo mais. O acesso hoje, do usuário é muito maior.

Um participante lembrou de uma situação vivida por sua própria família, antes de ele entrar na faculdade de medicina. Seu avô tinha úlcera gástrica e o médico solicitou um exame contrastado que demorou dois anos para ser realizado. Atualmente, um exame de endoscopia pelo SUS leva até três meses.

Você pede uma endoscopia e demora três meses para fazer, poxa, demora SÓ três meses. Vai no seu convênio e pede uma endoscopia, você vai levar um tempo igual ou, as vezes, até maior dependendo do tipo de convenio que você tem.

Apesar de ser visível a melhoria no SUS, os médicos citaram alguns pontos que precisam melhorar para humanizar a assistência à saúde e concretizar a PNH. Foi apontada que é necessária a consolidação da atuação da equipe multiprofissional em todas as UBS, a garantia da privacidade dos pacientes na realização dos grupos de pequenas queixas, que as atividades dos grupos envolvam questões de educação em saúde, que é necessário proporcionar mais autonomia para os médicos da ESF e diminuir a burocracia.

O modelo atual de distribuição dos profissionais do NASF deixa lacunas na assistência multiprofissional pois as equipes são incompletas nas UBS.

Com todo o assistencialismo que eles preconizam no SUS, será que não tinha uma obrigação de ter um nutricionista na UBS, um educador físico que pudesse dar suporte? [...] O SUS é para todos e o lema é 'saúde de qualidade para todos', o governo tem que nivelar por cima, não por baixo.

Os grupos de pequenas queixas, realizados para desafogar a agenda médica, tomam o tempo de uma atividade que deveria ser educativa. Além disso, tem a questão do formato desse grupo, os pacientes vão para um auditório e expõem suas necessidades na

presença de outros pacientes. Esse fato foi citado como desrespeitoso ao direito à privacidade e como sendo uma prática desumanizada, tanto para o profissional, que atende cerca de 40 pacientes em duas horas, como para o paciente, que tem sua intimidade exposta.

Partindo dos nossos princípios éticos e morais, vamos fazer o máximo que pudermos para que a privacidade seja respeitada. Existem momentos que a gente realmente não vai conseguir.

A falta de autonomia do médico e da equipe como um todo na APS, aumenta o tempo de espera por atendimento e colabora no agravamento do quadro clínico do paciente, desumanizando a assistência. Foi citado, ainda, o impedimento de solicitar alguns exames que o profissional julgue necessário, sem passar pelo especialista, engessando o atendimento.

Aumentando a autonomia do profissional, com certeza a gente conseguiria melhorar a humanização aí no sistema [...] Se o médico tivesse um pouquinho mais de autonomia, muita coisa poderia ser melhor.

A burocracia foi citada como um fator que impede a concretização dos pressupostos da PNH. Os fluxos desorganizados incorrem em perda de tempo pelo paciente e agravamento do seu quadro.

A gente tem um caso horrível lá também. Assim eles têm o anatomopatológico de CA de pulmão diagnosticado e não consegue atendimento. Ele passou com o pneumologista, o pneumologista mandou para o oncologista, o oncologista devolveu. Uma palhaçada.

Os médicos citaram que, devido ao sistema ser falho, eles acabam fazendo arranjos para beneficiar os pacientes.

O Médico fica fazendo gambiarra, porque o sistema é falho. A gente faz por amor a profissão e ao paciente. Mas até quando? Até aonde? E por que a burocracia trava? Tem que ter uma explicação para isso.

Um participante relatou o caso de uma criança de sete anos com sarcoma de úmero e a vaga com especialista era para mais de 60 dias. Como era um caso de câncer agressivo e com evolução

rápida, o profissional orientou que a mãe procurasse um hospital especializado e agisse de forma muito enfática para conseguir atendimento.

Ao chegar no hospital, a mãe foi atendida e orientada a procurar a UBS e aguardar o agendamento com o especialista. A mãe realizou a orientação que a médica deu, o serviço social foi chamado e a paciente atendida. Os médicos envolvidos nessa pesquisa acreditam que não deveriam ser necessárias tais atitudes, que todos os pacientes deveriam conseguir atendimento humanizado e no tempo certo.

Quanto ao que os médicos proporião de mudanças para garantir a concretização da PNH, eles ressaltaram que aumentariam a autonomia dos profissionais e ampliariam o tempo de atendimento aos pacientes podendo ficar com os mesmos o tempo que eles precisassem e sugeririam a criação de um serviço de ouvidoria para os profissionais

Achamos que uma maior autonomia dos profissionais seria algo benéfico, [...] não só do profissional médico, mas de todos os profissionais, os profissionais da saúde mesmo.

A autonomia do profissional mudaria em gênero, número e grau, inclusive a autonomia do próprio paciente.

Eu vou atender no tempo que o paciente precisar [...] Se eu tivesse uma certa tranquilidade [...] Porque tem dez pacientes lá na frente e um outro reclamando na recepção que eu estou atrasada e que ele tem hora para entrar no trabalho.

6.6.4 Humanização dos Profissionais da APS

Durante a realização dos seminários, entendendo a humanização como valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, incluindo os profissionais, os participantes discutiram a importância da valorização dos profissionais atuantes na APS.

A valorização do profissional como agente 'interferente' da ponta da linha é um dos itens mais importantes no que se refere ao atendimento aos direitos.

Os profissionais se veem como bons funcionários, que se dedicam ao trabalho e transformam a realidade onde estão inseridos, entretanto, gostariam de ser reconhecidos como seres que possuem sentimentos.

O profissional não é deus, ele é um ser humano, ele tem sentimentos, ele se ofende, ele se magoa.

Os profissionais respeitam os direitos dos pacientes, atuam com empatia e acolhimento, sofrem com o sofrimento do paciente e procuram fazer os encaminhamentos adequados, apesar de não se sentirem reconhecidos.

Às vezes se colocar na condição de usuários. Ser acolhedor e saber ouvir suas queixas e necessidade.

Não é fácil você ver uma pessoa sofrer. É duro a gente ver a pessoa sofrendo e os conflitos que passam dentro de uma mente dessa pessoa.

Todo mundo aqui tenta fazer, exercer atividades diferenciadas e se empenha pra isso, embora não seja reconhecido.

Segundo os participantes dos seminários, alguns pacientes não reconhecem o trabalho dos profissionais, agem como se esses fossem desinteressados e falam desrespeitosamente.

Achar que os profissionais nunca fazem nada e que são inúteis. [...] E quando fala para você assim: 'Olha, eu pago o seu salário'.

Existem, também, os pacientes que 'cuidam' dos profissionais e se preocupam com o bem estar deles.

Tem pacientes lá que já me conhecem e sabem quando eu estou meio irritado de manhã, se eu estou sem comer. Eu não consigo me alimentar de manhã cedinho, antes de sair de casa [...] Aí quando eu pego a rotina e estou sozinho e não dá tempo nem de tomar um copo de água, alguns pacientes me conhecem tanto, já percebem que eu estou nervoso e perguntam 'você já comeu?'.

A desvalorização gera nos profissionais o sentimento de impotência, especialmente, quando se espera dos trabalhadores que resolvam situações além da sua possibilidade.

Na minha experiência, as vezes me sinto um pouco impotente

'Não se pode resolver tudo' e muitas vezes é o que se espera do profissional que tem muitas limitações.

Para desempenhar suas funções, os profissionais buscam manter-se atualizados.

Procuro me manter atualizada sobre os serviços oferecidos visando diminuir os atritos.

Os profissionais da APS gostariam de ter um canal onde pudessem expor suas necessidades, enquanto atuantes na APS, a exemplo do serviço que é oferecido para os pacientes, para se sentirem ouvidos, também.

Que se abra um ramal onde o profissional possa reclamar, porque todos os usuários têm um ramal para reclamar. E aonde a gente pode reclamar?

Apesar de a humanização do profissional da APS esbarrar em questões como a desvalorização e os baixos salários dos trabalhadores, a precarização e pouco investimento no setor da saúde, os profissionais acreditam que, trabalhando muito, é possível alcançar a humanização para a equipe e para o paciente. Acreditam que é necessário perseguir esse ideal.

Eu, lendo um livro essa semana, 'Política para não ser idiota', aí veio um pensamento, deve ser como disse no livro: 'a utopia está no horizonte', a gente dá um passo ela afasta um, a gente dá dois ela afasta dois, a gente dá dez ela afasta dez. A gente nunca esquece de alcançar a utopia, isso motiva. Então, acho que é isso aí, direitos e deveres pode ser utopia, mas a gente tem que seguir, talvez um dia dá certo.

6.7 VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS RELATIVA AOS DIREITOS DOS PACIENTES NA APS

Os participantes desse estudo, durante o primeiro seminário, foram convidados a escreverem quais eram suas expectativas em relação à participação na pesquisa-ação. Eles relataram que esperavam compartilhar experiências, aumentar o nível de

conhecimento sobre os direitos dos pacientes na APS e se instrumentalizar para melhorar a sua prática. Esperavam que os debates dos seminários proporcionassem a oportunidade de refletir sobre o tema, imprescindível para o estudo da vivência.

Contribuir e se apropriar de novos conhecimentos, trabalhar os antigos. Uma oportunidade de refletir sobre o tema.

Poder através da minha experiência, de alguma forma, contribuir para um melhor entendimento e melhorar a prática do assunto.

No último encontro, foi solicitado aos participantes que avaliassem a experiência de ter participado dos seminários e se esses atenderam suas expectativas, se houve tomada de consciência sobre algum aspecto durante o processo reflexivo e se isso impactou sua prática profissional. Também, foi solicitado que apontassem alguns aspectos que poderiam ser mais bem explorados em pesquisas futuras.

6.7.1 Experiência de participação nos seminários

A manifestação geral foi de que as expectativas iniciais foram totalmente alcançadas e superadas, o conhecimento foi ampliado e os debates proporcionaram oportunidade de, através da troca de ideias, repensar sua prática.

Com certeza minhas expectativas foram superadas. Inicialmente a discussão sobre os direitos dos usuários já ampliou os horizontes para a complexidade do tema.

Foram bem alcançadas, pois me fez olhar por um ângulo diferente em relação a tudo sobre APS e direitos dos pacientes; sei que tem muito o que mudar e que nós somos a diferença que muda o resto.

Eu nunca tinha pensado nos direitos dos usuários, apenas me preocupava com o meu trabalho e o que era dever fazer. Foi muito bom conhecer os direitos dos usuários e ouvir as discussões de como podemos trabalhar esses direitos, junto com os nossos deveres. Foi muito gratificante, e minhas expectativas foram certamente ultrapassadas.

Foram contempladas a ideia de multiplicação de saberes, apropriação de novos conhecimentos [...] Um dos aspectos mais

relevantes foi como se caracteriza os direitos do paciente frente à minha atuação.

Ao começarem os seminários eu esperava entender melhor os direitos dos pacientes, como esse direito influenciava e como deveria influenciar o meu dia no trabalho, e quanto a isso, minhas expectativas foram altamente alcançadas, eu pude entender o processo, grande parte dele, de como e porquê de determinadas ações e atitudes dos que me cercam no trabalho, seja colega de trabalho ou paciente.

Na medida em que os encontros foram acontecendo, a minha expectativa foi alcançada, a cada encontro pude aprender e conhecer fatos para ampliar a minha experiência profissional.

Os profissionais ressaltaram que os seminários aconteceram com alto grau de qualidade, dinamismo e riqueza de informações.

A princípio achei que seria algo 'chato', mas ao contrário, foi muito bom, dinâmico e cheio de aprendizado. A troca de experiências e de informações foi muito melhor do que eu esperava, com certeza.

Pensei que poderia estar perdendo o meu tempo e deixando de prestar o meu serviço às minhas famílias durante as visitas. Mas ao passar de nossas reuniões, vejo como acrescentou para minha profissão. Sempre soube que poderia haver mudanças e, para isso, demos o primeiro passo. Obrigada por me incluir nesta maravilhosa experiência.

Achei inicialmente que seria uma teorização, a respeito dos direitos x deveres, demandas dos serviços ou coisa parecida. No entanto, a exposição de experiências vividas foi muito proveitosa.

Confesso que inicialmente comecei bem desmotivada, achando que seria mais uma pesquisa sem objetivos que me interessassem, porém, após as várias discussões, as experiências trocadas, a análise do que discutíamos me fez acreditar e sentir a diferença deste trabalho.

O resultado foi surpreendente, eu esperava seminários diferentes, porque o assunto é bem complexo para discussões mas, de forma bem simples e objetiva fomos tratando do conteúdo das reuniões de forma bem significativa e proveitosa, somou bastante em meu ponto de vista.

Pela clareza e objetividade da tutora e dos demais colegas, de agrupar pensamentos que refletem a realidade do trabalho que o SUS oferece. E, também, nas oportunidades de conhecer as diferenças locais.

Creio que alcançou muito mais que eu esperava, pois nunca participei de um seminário tão rico de informação e troca das mesmas.

Os seminários foram avaliados como **espaços abertos para ampla discussão** sobre os direitos dos pacientes na prática da Atenção Primária à Saúde. Os participantes sentiram-se a vontade e seguros para debater sobre suas preocupações.

Não tinha tido a experiência de um espaço onde a prática fosse discutida de forma tão construtiva e cheia de empatia. Acredito que o ambiente que foi criado proporcionou discussões importantes e com fundamentos, e houve sim crescimento reflexivo e prático advindo desses momentos.

Na medida de poder falar clara e abertamente sem a preocupação com julgamentos ou represálias. Dividir problemas e multiplicar as soluções.

A discussão profunda e aberta possibilitou a **ampliação do conhecimento** e a reflexão sobre a prática, colaborando na superação das expectativas dos participantes.

O resultado foi muito positivo e superou o esperado, pois não imaginava a profundidade que o assunto podia ter, e foi perceptível o alcance gigantesco que saber ou não utilizar os direitos entender um pouco mais as raízes de muitos problemas enfrentados enquanto profissional e a partir desse ponto buscar soluções.

Também apreciei muito a didática das discussões. Sempre dinâmicas e objetivas, apesar do tempo nem sempre ser satisfeito para expor todos os sentimentos e pensamentos que o tema nos alimentou, tudo o que foi exposto ficou fixado de maneira permanente nos conceitos absorvidos.

As discussões foram muito profundas e ricas. E foi muito reconfortante saber que o colega de diferentes categorias profissionais também tem opiniões similares as minhas.

Minhas expectativas foram superadas e muito, devido as experiências compartilhadas e em situações reais que todos pudemos relatar nos seminários, situações estas, que me agregaram um conhecimento e visão diferentes das que eu tinha em relação a esse tipo de assunto, o direito do usuário.

Alguns participantes acreditam que existem algumas questões que extrapolam a governabilidade dos profissionais mas, que fazem parte do dia-a-dia da APS.

As expectativas foram parcialmente alcançadas por existirem problemas ou questões 'sem solução' ou com 'solução parcial' que muitas vezes não depende de nós; mas que existem e continuam a fazer parte da nossa vivência profissional

Alguns participantes perceberam que o conhecimento desenvolvido nos seminários impactou sua vida pessoal e sentiram-se gratos pela oportunidade de participarem da pesquisa.

Fez uma grande diferença em minha vida, pois em dezembro fiquei internado e pude viver na pele, direitos e deveres do usuário e pude ver como é difícil quando seus direitos são menosprezados e muitas vezes somos tratados pela doença e não pela pessoa. Foram sete dias internado e de grande reflexão e parei para ouvir mais em vez de só procedimento. Claro que eu não agia desta forma, em tratar os usuários, sempre gostei de conversar mais e ouvi-los, mas infelizmente pelo sistema nos tornamos mecânicos, então aprendi o quanto é importante parar um minuto a mais.

Obrigada por me convidar para esses seminários tão ricos em informações e conhecimentos.

6.7.2 Tomada de consciência através do processo reflexivo

A participação nos seminários e a troca de experiências entre os participantes proporcionaram um processo reflexivo e tomada de consciência de aspectos relacionados ao tema.

Os participantes perceberam a necessidade, tanto dos profissionais quanto dos pacientes, de **solidificar o conhecimento** sobre os direitos dos pacientes na APS.

Foi possível perceber que não sabemos os direitos dos (usuários) pacientes, e que para atendê-los é necessário ajudá-los a conhecer os seus direitos.

Em minha experiência de trabalho vejo como a população está mal informada. Não só a população, em alguns casos, os próprios colegas de trabalho. Mas não se pode criticar. Muitos protocolos a serem seguidos são obsoletos e mal redigidos. Dá margem a diversas interpretações e cabe a cada um filtrar todas as informações e chegar a um bem comum.

A discussão sobre os direitos possibilitou **ampliar o conhecimento** sobre o papel de outros profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, compreender a perspectiva do paciente e conhecer aspectos éticos e legais sobre o tema. Os participantes relataram que foi perceptível o desejo de todos por melhorias na qualidade da assistência.

A maior vivência que levo é o fato de, durante os seminários, poder entender as várias posturas dos profissionais. Os questionamentos pessoais e o 'elegante' propósito de colaborar para a melhoria.

O fato de compartilhar ideias com os demais profissionais me trouxe um maior grau de entendimento do comportamento dos diversos grupos de profissionais.

Compreendi muito o lado do paciente. Ampliei meus conceitos e refleti muito sobre a forma atual que exerço do dia a dia. Acho que as discussões foram além dos direitos dos usuários, foram, também, em como colocar isso em prática com tantos entraves burocráticos que nós profissionais encontramos para driblar e, por fim, assegurar o melhor atendimento ao paciente.

Me fez ver várias posições dentro do conjunto que é a equipe de saúde, pois apesar de conflitos e divergências, a vontade é só uma, prestar um bom atendimento ao usuário.

Quando tratamos/lidamos com seres humanos, devemos considerar as particularidades de cada um e nos seminários pude perceber que devemos prestar atenção não só nas particularidades de cada paciente, mas também de como cada profissional lida com isso. E saber trabalhar as qualidades de cada profissional de acordo com os direitos/necessidades de cada paciente é muito importante.

Conheci as diversas portarias, diversas leis, essas diversas diretrizes que eu não fazia nem ideia da existência, não lembrava nem da menção delas na faculdade, em termos principalmente de direitos humanos.

Os profissionais relataram, também, que ocorreu **troca de experiências** entre os profissionais e que, falar sobre suas dificuldades alivia as angústias, principalmente, ao perceberem que seus colegas também experimentam as mesmas situações.

Parece que falar dos problemas é uma forma de se aliviar deles.

Troquei informações, percebi que as minhas aflições não eram só minhas, consegui expor as dúvidas, críticas, com isso descobri que é preciso ouvir mais as outras pessoas, seja quem for e devemos ver mais um pouco as dificuldades dos outros, pois, na maioria das vezes, também são as nossas, e assim podemos encontrar as respostas ou soluções.

Quando dividimos com outros profissionais, experiências vividas no cotidiano, conseguimos encontrar alternativa para as situações e nos sentimos menos ansiosos, com mais esperança, 'em paz', pois estar realizando um trabalho digno, de valor para a vida eterna.

Ao conhecer a história de outros colegas da equipe multiprofissional, consegui detectar que todos nós possuímos dificuldades muito parecidas.

Alguns relatos de colegas me fez ver que apenas pequenas mudanças podem melhorar e muito um processo dentro de uma setor seja qual for.

Através das experiências compartilhadas, pude perceber que não estou “só neste barco” como muitas vezes que me sentia.

Compartilhar as experiências exitosas foi de muito crescimento, mas também repartir as “angústias” que cercam esse tema para garantir o direito do usuário e passar pelos obstáculos para atingir esse objetivo, foi revigorante.

Fez uma diferença muito grande, a partir do momento que é colocado em pauta o tipo de discussão feito nos seminários, tivemos a oportunidade de aprender bastante com as experiências dos colegas e também podendo compartilhar a nossas próprias experiências, pude ver que os problemas são um pouco parecidos em todos os lugares.

Os profissionais relataram que, além de ampliarem o conhecimento e trocarem experiências, a participação na pesquisa possibilitou a **reconstrução de saberes**.

Achei muito interessante os debates e troca de saberes foram além da nossa ‘achologia’, ao receber o material para estudo tive os conceitos de fatos embasados e, com isso, pude reforçar e reformular minha visão sobre o tema

Minhas expectativas iniciais foram altamente alcançadas, em tantos anos de trabalho (23), e feliz pela profissão que escolhi e que sinto totalmente vocacionada, tive a oportunidade de rever valores. Quando ia atender um paciente as vezes falava alto, até mesmo pelo vínculo que tinha com o mesmo, mas percebi que às vezes eles ficavam envergonhados, desistiam até de falar. Antes desses encontros muitas vezes eu pensava: ‘Que bom foi embora, tenho tanta coisa para fazer’ e hoje vejo o direito do outro.

Partimos do conhecido para o desconhecido, mas este desconhecido foi uma trama tecida de vários pareceres e experiências, frutos da nossa vivência. Os mesmos serviram para causar um conflito de ideias, que nos forçaram a repensar e reestruturar nosso entendimento a partir do conjunto de diversas visões de variados profissionais. Pensar acima do senso comum.

No conhecimento e troca de informações, creio que todos nós ganhamos muito e é uma pena que acabou; me deu outra visão em relação aos usuários.

A participação nos seminários despertou nos profissionais a desejo de **ampliar o conhecimento** sobre o tema e envolvimento com a defesa dos direitos dos pacientes.

Mais vontade de ler, estudar e querer mais uma pós-graduação.

Os participantes concordam que a reflexão traz mudança de atitude na experiência profissional prática.

Acredito que a reflexão sempre traz mudança de atitude na experiência profissional. Quando paramos para refletir, trocar experiências 'prestar mais atenção' a determinado assunto, surgem ideias novas para melhorar nossa prática e mudanças ocorrem dia a dia.

6.7.3 Impacto do processo reflexivo na prática profissional

Os participantes relataram que o processo reflexivo, ocorrido pela participação nesta pesquisa, produziu mudanças positivas na prática profissional. A seguir serão apresentados os depoimentos:

Primeiramente quanto a visão que tinha sobre o que de fato é ou não direto do usuário. Essa nova percepção diminuiu a distância entre mim e meus pacientes, no sentido de, muitas vezes as exigências burocráticas X qualidade me colocar contra os usuários, acho que a partir das discussões, o desejo de 'lutar' pelo bem estar do paciente, além dos protocolos e metas, aumentou e deu novo sentido no planejamento das ações. Também, reformulei alguns aspectos da agenda para aumentar os espaços de 'conversas' e esclarecimentos com o paciente. Ampliei o acesso a diferentes horários para consultas e retirada dos exames com orientações, que antes eram restritos. De forma geral, acho que entendi mais o usuário e sua realidade, para melhorar a resolutividade de seu acompanhamento, assim como vínculo.

A reflexão passou a ser o aspecto mais importante no meu trabalho.

Creio que os seminários produziram um conflito gostoso, reflexivo ao nos proporcionar suporte ideológico e zetético, frente às nossas intervenções. Poucos dias atrás uma paciente me disse que veio para que eu a ajudasse em uma demanda, devido ao fato de saber, por outra pessoa, que eu tinha hábito de escutar os pacientes. Foi um feedback bacana, pois aconteceu durante esta jornada de seminários, tenho procurado vivenciar a ideia do protagonismo e da valorização do processo de trabalho, primando por explorar a prática da inclusão do

atendimento de modo humanizado, com o entendimento da beleza e importância da transversalidade e assim por diante.

A vivência fez uma ótima diferença em minha prática profissional, pois muitos assuntos abordados, de alguma forma já ouvimos falar, outros nem fazíamos ideia de como funcionava. Em função disto, fez com que eu tivesse uma noção melhor de tudo que está envolvido no meu dia a dia no trabalho, isso colaborou para que me sentisse mais responsável por tudo que acontece ao meu redor e como eu posso interagir de forma positiva para que todo o processo e todos os envolvidos possam sair ganhando. Durante os seminários eu pude me perceber mais atento ao paciente e mais aberto a encontrar soluções e caminhos para a resolução dos problemas diários.

Fez uma diferença muito grande. [...] Como conseguimos resolver estes problemas, por exemplo, como reagir a pacientes grosseiros ou psiquiátricos mesmo. Às vezes é difícil até diferenciar os dois tipos de pacientes quando são progressivos. Mas tive aqui ideias de como ajudar pessoas com este comportamento, com situações que os colegas relataram e demonstraram como atender e acalmar estas pessoas e no caso de psiquiatria como encaminhar para os CAPS, por exemplo.

A partir dos encontros houve para mim uma maior conscientização a respeito dos direitos, dos pacientes. Embora, a forma como, na maioria das vezes, é posta pelos pacientes e gestores não seja a melhor, o fato é que me fez sempre avaliar de maneira menos passional a reivindicação dos direitos. [...] As experiências mostradas me levaram a propor algumas mudanças na rotina da minha equipe. O propósito inicial foi de manter o usuário mais bem informado de como é o funcionamento, como são as rotinas da UBS. Isto sinceramente trouxe um ganho em termos de alguns 'estresses' que, anteriormente, eram causados por simples desconhecimento de fatos e rotinas. Minha vivência trouxe à tona uma verdade 'a educação da população profissional/usuária é a chave do progresso para a melhoria do acesso aos direitos do usuário'. E, conseqüentemente, uma melhoria no ambiente de trabalho.

Me coloquei na posição do paciente e tentei desenvolver uma forma mais maleável e respeitosa com ele, pois são indivíduos como nós, só estão em posição diferente.

A gente tem várias frustrações durante o dia, chega na UBS e você ainda é obrigado a ouvir o seu gerente falar 'você tem que entender o lado do cara'. E o meu lado quem vai entender? Mas, algumas situações que foram passadas aqui eu aproveitei bastante, isso me ajudou a agir diferente em algumas situações. Mas aqui mostrou que, como o foco é o direito do usuário, me passou uma ideia de que realmente é muito importante a gente ouvir, entender e, principalmente, procurar ajudar, ir além para ajudar a resolver algumas situações.

Na minha prática profissional passei a buscar esses direitos, ensinar a minha equipe de trabalho e até mesmo ao próprio paciente. É muito diferente o sentimento de atender alguém sabendo de seus direitos, é mais justo, tanto para o paciente quanto para o profissional. Aprendi a valorizar a opinião do

paciente e até solicitar, em alguns casos, essa opinião. A Atenção Primária, apesar de ter melhorado muito, ainda é vista por muitos como a última opção, quando, na maioria das vezes, deveríamos ser a primeira opção. Espero, na minha prática profissional, fazer com que os usuários pensem desta forma.

Hoje procuro ser mais humana no atendimento, prestar mais atenção nos 'dois lados da moeda', me colocar no 'lugar do outro' para que o atendimento tenha uma melhor qualidade e satisfação, mas confesso que há ainda grande necessidade de cada dia trabalhar combatendo a ansiedade; para que essa não prejudique a saúde física e o corpo continue a manter energia, disposição e vigor para continuar o crescimento como pessoa e os diversos papéis que vivemos. Não podemos desanimar, pois toda melhora de mudança passa por um processo a fim de se chegar a um objetivo.

Foi importante 'lembrar' que existe sempre o nosso lado e o lado do paciente. E existe o que é possível e o que é impossível fazer, seja por problemas administrativos ou por não ser nossa responsabilidade. E após essa vivência, posso dizer que sei avaliar melhor cada situação que aparece, e que sei que é melhor avaliar os dois lados. Dessa forma, certamente os resultados positivos podem ser mais facilmente atingidos.

A experiência e a reflexão daqui eu acho que é um serviço de formiguinha, mas que a gente vai fazer essa diferença, o primeiro passo a gente já deu.

Hoje me posiciono melhor junto a um paciente, lembrando do que aprendi com meus colegas, procuro ouvi-lo mais. Procuro sempre me colocar no lugar da pessoa. Essa semana aconteceu algo que me fez lembrar de um dos encontros. O paciente chegou muito bravo, gritou com o rapaz da recepção, brigou com o médico, e quando chegou na regulação comigo, um tanto exaltado, procurei uma forma de ajuda-lo e lembrei o que um colega havia dito que, em momento como esse, o melhor é deixar a pessoa desabafar. Então, ela falou do seu descontentamento e por fim se acalmou, pediu desculpa e disse que estava envergonhado com o que havia feito, falei que realmente ele havia se excedido, mas que ele poderia consertar tudo, era só nas próximas vezes não repetir aquela atitude, daí falou que estava com problema em casa e concluiu: 'mas ninguém tem culpa dos meus problemas'. Conversamos mais um pouco e ele saiu de cabeça baixa. Eu fiquei tranquila com a certeza de que, mesmo sem agendar nada do que tinha nas mãos eu, ainda assim, o havia ajudado, ouvindo-o, isso eu já fazia, mas agora faço com mais determinação.

Já conhecia sobre os direitos do usuário. Mas aqui, conseguimos nos aprofundar um pouco mais no assunto e juntos detectamos que na verdade as pessoas não conhecem adequadamente seus direitos e deveres. Com isso tomei uma decisão. Em todos os grupos que participo na UBS, levo aos pacientes quais são os direitos e deveres de cada um. Ainda nesse grupo, que chamamos de Hiperdia, deixo-os a vontade por alguns minutos para esclarecimento de dúvidas. E sempre temos alguma surpresa. Uma dessas surpresa foi que tínhamos um paciente que de vez em quando de tudo reclamava, nada

estava bom. Ela vinha aos grupos sabendo que iria demorar e sempre nos arrumava confusão. Então, chamei a paciente em particular e expliquei a ela o porquê que demorávamos um pouco no atendimento. O motivo é que são muitas pessoas para resolver diferentes problemas e que para todos precisamos dar uma solução. Ainda, tudo precisa ser documentado e anotado. Demonstrei para ela que a área da saúde age por protocolos e regras que não são verbais e sem regulamentações. Mostrei, ainda, a essa paciente, que se ela fosse agendar consulta, seria para um mês ou mais, que naquele dia, demoraria sim mas, ela levaria para casa o laudo que necessitava. Deixei de lado o fato de não dedicar um pouco tempo as pessoas, pois muitas vezes só temos a ganhar com isso.

Ao refletir sobre a necessidade de atender melhor os pacientes, para mim é muito difícil fazer diferente do que é correto. Existiu situações neste período de tempo, que orientei os direitos para os pacientes.

Foi uma experiência que levarei por toda minha vida e o melhor é que já reparto com meus colegas de trabalho.

Por oito anos dediquei-me ao trabalho público. Tive a oportunidade de encontrar péssimas caminhadas e situações. Por outro lado, pude reunir saberes que não encontraria em nenhum outro lugar se não do lado de dentro do SUS. Alguns fatos me mostraram que a realidade do trabalho que nos dispomos a oferecer está muito além do que eu via enquanto cidadã, mas muito aquém da propaganda do horário político. Durante o trabalho que prestei a minha comunidade, pude vivenciar as necessidades da população local, percebi que, nem sempre a doença está no corpo, muitas vezes está apenas na ânsia de encontrar um par de ouvidos amigo e uma boca com silêncio respeitoso.

6.7.4 Aspectos a serem mais bem explorados

Foi solicitado aos participantes que avaliassem quais aspectos poderiam ter sido mais bem explorados durante os seminários. Eles relataram que as discussões referentes a problemas de gestão e administração públicas deveriam ser aprofundadas e que as soluções para os problemas enfrentados para o respeito aos direitos dos pacientes poderiam ser ampliadas.

Algumas discussões foram referentes a problemas na gestão e administração públicas. Acredito que deveria ter sido mais discutido soluções e como lidar com o trabalho, mesmo considerando, os problemas. Não podemos apenas criticar a forma de trabalho estabelecida. Temos que saber como lidar com os problemas para atender os direitos dos usuários. E nos

seminários muitos mostraram descontentamento com a situação.

Foi proposto, também, que haja, posteriormente, pesquisas sobre a humanização dos profissionais, buscando instrumentalizá-los para enfrentarem as dificuldades da assistência na APS.

Gostaria de explorar mais essa questão do 'lado dos profissionais', rever ações e medidas, descobrir alternativas para que toda a teoria seja alinhada com a prática sem tantos sacrifícios que vivemos hoje. Vi que há muita necessidade de se ouvir mais os profissionais e suas angústias para que 'boas' experiências sejam trocadas e um ambiente de apoio e crescimento seja formado para fortalecer os profissionais e motivá-los quanto a construção de um SUS ideal.

Acredito que faltou o aspecto 'como lidar com a ansiedade' vivida pelos profissionais na discrepância que existe entre o vivido e o que é certo relacionado aos direitos dos usuários.

Embora o foco é o direito dos usuários, gostaria de dar uma ênfase nos direitos dos trabalhadores; pois sabendo nossos direitos faremos os deveres com mais propriedade.

Acho que poderia falar mais sobre os direitos, também, dos profissionais, por que muitas vezes são expostos a situações desagradáveis, mesmo estando com a 'verdade'.

Foi sugerido que os pacientes e o Poder Público também deveriam ser escutados sobre o assunto.

Não sei se estaria no contexto, mas acho que nessas discussões deveriam estar alguém do outro lado. Algum representante dos pacientes e também do poder público.

A participação do próprio usuário, faltou a posição do mesmo, pois se trabalhamos em conjunto, o usuário faz parte deste conjunto.

Apesar das dificuldades para a garantia dos direitos dos pacientes, os profissionais sentem-se felizes e recompensados com o trabalho que desenvolvem.

Percebi que todos, apesar das muitas dificuldades encontradas no dia a dia, querem sempre o bem estar da população e gostam do que fazem.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A participação dos profissionais nos seminários possibilitou troca de experiências e reflexão sobre sua prática. Segundo Minayo (2010), a experiência alimenta a reflexão e se expressa a partir da linguagem.

Através dos discursos dos participantes foi possível conhecer suas experiências e compreender suas vivências relativas aos direitos dos pacientes. Esses resultados serão debatidos, juntamente, com o conteúdo das reclamações no serviço de ouvidoria e com os achados na literatura, à luz do referencial teórico adotado para essa pesquisa, que foi a 'Bioética Principlista', a 'Humanização da Assistência à Saúde' e a 'Ética Profissional'.

7.1 DIREITOS DOS PACIENTES NA APS

Os direitos dos pacientes, em qualquer nível de atenção, não podem ser estudados de forma isolada. Seus conceitos, em alguns pontos, se sobrepõem e estão intimamente ligados.

As concepções de direitos, encontradas na revisão da literatura, nos requerimentos dos pacientes no serviço de ouvidoria e nos discursos dos participantes desta pesquisa, têm consonância com a perspectiva dos direitos morais, primando, prioritariamente, pelo respeito à dignidade e pela proteção dos direitos humanos e, em alguns momentos, evocando os direitos legais.

Os direitos requeridos pelos pacientes no serviço de ouvidoria da PMSP, as discussões encontradas sobre os direitos dos pacientes na literatura e nos discursos dos profissionais sobre o tema encontram pontos convergentes. O direito à humanização e o direito ao acesso foram os mais amplamente discutidos nos três campos. A eles associam-se outros direitos, tais como, a integralidade, a equidade, o acolhimento e o próprio direito à saúde.

O **acesso aos bens e serviços de saúde** garante ao usuário a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. O acesso deve ser universal, igualitário e ordenado. Deve começar pelos serviços de atendimento inicial e se completar com o ingresso na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade necessitada pelo usuário, com a finalidade de garantir a **integralidade** da assistência à saúde (Brasil, 2011a, 2011b).

No SUS, o direito ao acesso é fundamental, uma vez que, através dele, todo o atendimento acontece. O sistema em si tem uma fluência que favorece o paciente, entretanto, muitas vezes, as pessoas perecem por não conseguir acessá-lo. A distribuição de senhas, por exemplo, além de desumanizada, desconfigura o direito à **equidade**, que tem por conceito, atender as necessidades de forma particular e individualizada (Falk et al., 2010; Lanzoni et al., 2009; Silva, Zoboli e Borges, 2006).

Problemas relacionados ao acesso são recorrentes em pesquisas que envolvem a Atenção Primária e são os que recebem o maior número de reclamações nos serviços de ouvidoria. A demanda reprimida por especialidades médicas, poucas vagas para realização de exames e falta de medicamentos são queixas frequentes dos usuários, corroborando com os achados nessa pesquisa (Medeiros et al., 2010; Nardo, Juliani, 2012; Silva, Pedroso, Zucchi, 2014).

Em relação ao número de consultas oferecidas, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde preconiza que cada Equipe de Saúde da Família (ESF) deve cobrir uma área de até 4000 pessoas, o que ocorre na área pesquisada (Brasil, 2012a). O que acontece é que, havendo necessidade de encaminhamento para especialista ou exames, que não são ofertados nas UBS, há poucas vagas disponíveis, o que retarda o atendimento e fere o direito ao acesso e à integralidade.

As EqSF são apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que oferecem atendimento com os seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico,

fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista e terapeuta ocupacional. Compõem, também, a equipe do NASF médicos especialistas em ginecologia, homeopatia, acupuntura, pediatria e psiquiatria (Brasil, 2009b). Havendo necessidade para outras áreas, o paciente é inserido na lista de agendamento do Município, o que, na maioria das vezes, demora muito tempo e gera insatisfação no usuário. O mesmo acontece com os exames, quando os procedimentos solicitados não são realizados na própria UBS, como colonoscopia, densitometria óssea, endoscopia e outros, o paciente vai para a lista de espera da sua região e do Município e disputa as poucas vagas existentes com outras centenas de pacientes na mesma condição.

É direito do indivíduo a integralidade das ações. É necessário o acesso aos profissionais especialistas quando necessário, aos exames e a seus resultados, para que possa alcançar um diagnóstico precoce de sua condição e com isso receber um tratamento rápido e resolutivo.

A **saúde**, compreendida como direito universal, no âmbito da APS, “indica que cada pessoa tem direito de acesso a uma equipe de atenção básica que lhe cuide”, ocorrendo responsabilização pelos problemas individuais e coletivos de saúde (Brasil, 2009a).

Presumivelmente, todos os cidadãos deveriam ter igual acesso aos serviços públicos e um tratamento igual, entretanto, os propósitos desejáveis de assistência, tais como, o ideal de acesso aos serviços de saúde igual para todos e a liberdade de escolha, são difíceis de tornar coerentes no atual sistema social (Beauchamp, Childress, 2011).

A UNESCO, através, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), propõe que o acesso a cuidados de saúde de qualidade, bem como a medicamentos essenciais, seja objetivo fundamental dos governos (UNESCO, 2005).

O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (CEPE), dispõe que o profissional de enfermagem é integrante da equipe de

saúde, responsável por ações que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a resolutividade e a preservação da autonomia das pessoas (COFEN, 2007).

O primeiro contato do usuário com o serviço acontece, rotineiramente, através do **acolhimento** em saúde. Esse tema é amplamente discutido pela literatura e é garantidor do acesso ao SUS. Deve conter elementos que contribuam para a vinculação do paciente com a equipe, que façam com que ele valorize o serviço e reconheça que trata-se de uma estratégia de atenção integral à sua saúde. Nesse contexto, a humanização do acolhimento é crucial para a formação do vínculo, que se dá através da real percepção do profissional quanto ao problema apresentado pelo usuário (Assis, Veríssimo, 2010; Brehmer, Verdi, 2010; Falk et al., 2010; Leite, 2010; Nascimento, Pekelman, 2012; Nery et al., 2011; Ogata, Machado, Catoia, 2009; Zoboli, 2007).

Para que haja tal entendimento, sugere-se a formação de um ambiente seguro, que realmente acolha o paciente e que propicie práticas humanizadoras e escuta qualificada (Brasil, 2009a). Entretanto, na prática, o atendimento no acolhimento é tecnicizado, rápido, sem formação de vínculo e sem as condições estruturais básicas que definem um atendimento digno. Isso gera insatisfação e frustração para pacientes e profissionais (Assis, Veríssimo, 2010; Brehmer, Verdi, 2010; Nascimento, Pekelman, 2012; Zoboli, 2007).

O vínculo torna-se verdadeiro, a partir do momento que, de um lado, o usuário, que se encontra necessitado de cuidados, pode confiar suas fragilidades ao profissional, e esse, por sua vez, acolhe o usuário oferecendo serviços de qualidade. O vínculo pode ser considerado como o eixo central no processo de humanização na APS (Medeiros et al., 2010; Monteiro et al., 2009).

A **humanização da assistência à saúde** é requerida em todos os níveis de atenção à saúde. Devendo-se garantir o respeito ao

paciente e a seus direitos e realizar atendimento pautado nos princípios da ética e do respeito à dignidade humana.

A humanização prevê um atendimento digno, atencioso e respeitoso a todos os pacientes (São Paulo, 1999). Tratamento esse, que deve ser dispensado, também, aos demais pacientes e aos profissionais que os assistem (Brasil, 2011a). Além disso, espaços democráticos e emancipatórios de comunicação entre a equipe e os usuários baseiam a prática humanizada, gerando maior resolatividade, mais qualidade no atendimento e, efetivamente, promovendo mais saúde para todos (Fontana, 2010).

As informações trocadas, entre o paciente e a equipe, precisam ser transmitidas de forma clara em ambas as direções: os usuários fornecendo as informações completas e necessárias para o seu diagnóstico e tratamento, e os profissionais orientando e esclarecendo as dúvidas dos usuários (São Paulo, 1999; Brasil, 2011a; Brasil, 2009a).

Quando o serviço é prestado com baixo nível de qualidade, alguns usuários associam isso ao fato de ser um serviço gratuito e ser um ‘sistema para os pobres’, que a desinformação, desqualificação e desinteresse de alguns profissionais são características do sistema, ferindo o princípio da humanização (Medeiros et al., 2010).

Outros direitos discutidos de forma recorrente, em se tratando da APS, são o **sigilo**, a **confidencialidade** e a **privacidade**. Os conceitos desses direitos não são muito diferenciados pelos profissionais e, apesar de estarem intimamente ligados, são conceitos distintos que se sobrepõe parcialmente.

A *privacidade* é um princípio derivado da autonomia, que limita o acesso às informações de uma dada pessoa, bem como, o acesso à própria pessoa e à sua intimidade. A *confidencialidade* é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada. A garantia da privacidade e da confidencialidade das informações dos pacientes é que gera nos profissionais da saúde o dever ético e legal de manter o *sigilo* das

informações, ou seja, o segredo profissional (Beauchamp, Childress, 2011; Fortes, 1998; Massarollo, Saccardo, Zoboli, 2006).

A invasão da privacidade, a quebra do sigilo profissional e a falta da confidencialidade fere a dignidade do indivíduo (Massarollo et al., 2008). Esses são princípios de devem ser mantidos, mesmo após a morte da pessoa, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública (São Paulo, 1999; Brasil, 2011a; COFEN, 2007; CFM, 2009)

Na Atenção Primária parece prevalecer a cultura ‘todo mundo sabe’, onde o acesso às pessoas e às suas informações é livre e a divulgação dos seus dados não é feita de forma criteriosa.

O desrespeito a tais direitos configura uma negligência profissional, porque mesmo sabendo que divulgar informações sobre os pacientes é um ato incorreto, ainda o fazem. Bem como, a exposição do usuário em momentos inoportunos configura a falta de privacidade (Seoane, Fortes; 2009; Soratto, Witt, Faria, 2010).

A maioria das queixas encontradas na literatura, relacionam-se ao serviço dos Agentes Comunitários de Saúde, que tem um papel fundamental de vínculo, porém, muitas vezes, não estão preparados para ter acesso às informações. Os pacientes relatam que preferem fornecer informações aos médicos ou equipe de enfermagem, pois esses, têm formação ética para tratar essa questão (Seoane, Fortes, 2009; Zoboli, Fortes, 2004; Zoboli, 2007).

Chama a atenção que a autonomia, um direito primordial para o respeito à dignidade humana, não seja mais discutido no âmbito da APS, uma vez que esse nível de atenção prima pelo protagonismo dos sujeitos. A tomada de decisão sobre si mesmo não parece ser uma questão que preocupe os pacientes. No conteúdo das reclamações no serviço de ouvidoria, não foi encontrado qualquer uma relacionada ao desejo dos pacientes de participarem do processo decisório sobre si mesmo.

Beauchamp e Childress (2011) consideram duas condições essenciais para a manifestação da autonomia: a liberdade (ausência de influências controladoras) e a qualidade do agente (capacidade de agir intencionalmente).

Outra condição fundamental para o exercício da autonomia é o esclarecimento. Na saúde, a tomada de decisão autônoma somente ocorre verdadeiramente, quando o indivíduo recebeu todas as informações pertinentes a sua situação, suas possibilidades e prognóstico futuro; entendeu as informações, dirimiu eventuais dúvidas e, com liberdade, na ausência de qualquer pressão, decide o que vai ser feito sobre si mesmo.

Um dos valores que norteia a PNH é a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde. Entretanto, na APS, alguns profissionais preferem ignorar o usuário como um indivíduo capaz de tomar decisões e impor normas e rotinas, sem investir tempo prestando informações aos pacientes que, muitas vezes, têm uma capacidade de entendimento reduzida (Brasil, 2004; Silva, Zoboli, Borges, 2006).

O esclarecimento do paciente assegura, além da tomada de decisão autônoma, o direito à **educação em saúde**. Cada profissional deve agir como facilitador no processo educativo dos pacientes sob seus cuidados. Cabe à equipe de saúde proporcionar as informações adequadas, apresentar possibilidades e orientar cada usuário de forma que alcance o conhecimento, inclusive, orientando-os sobre seus direitos e humanizando os serviços de saúde.

7.2 HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Após terem estudado a PNH, os participantes dos seminários expuseram seu posicionamento quanto à aplicabilidade de suas concepções na prática da APS.

Os profissionais concordam com os princípios norteadores da PNH e acreditam que são realmente a base da humanização. Destacam que

o vínculo e a corresponsabilização estão mais claramente concretizados na prática. Citaram que a burocracia, a sobrecarga e a rotatividade dos profissionais fragilizam o vínculo entre a equipe e a comunidade.

O estabelecimento e a manutenção de **vínculos solidários** foram considerados como base na Atenção Primária e como ponto central da humanização, nesse nível de atenção. Se estabelecido com empatia e corresponsabilidade, será, também, terapêutico e contribuirá para graus crescentes de autonomia dos pacientes e da equipe de saúde.

Para o paciente, o estabelecimento de vínculo tem a ver com a **confiança** depositada na equipe. Esse poderá contribuir para a manutenção de sua saúde e sentimento de que a equipe se responsabiliza por esse cuidado. Para o profissional e a equipe, o fundamento do vínculo é o compromisso com a saúde do paciente. O vínculo se estabelece quando esses sentidos se encontram (Brasil, 2009a).

A confiança é posta como fator indispensável na relação entre a equipe e o paciente. Ela favorece a expressão da intimidade do paciente e o diálogo aberto (Gomes et al., 2012). Quando um campo de confiança se forma entre os sujeitos, é possível mostrar-se com todos os traços de singularização que marcam cada indivíduo, sem receio de ser rotulado por suas características pessoais (Teixeira, 2005).

Outro fator indispensável, para a humanização na APS e fortalecimento do vínculo entre os pacientes e a equipe, é a **escuta qualificada** e a dispensação de **tempo** para conhecer o paciente e suas necessidades. Ouvir humaniza a assistência.

A escuta atenta, reconhecendo o outro como pessoa humana e dispondo de capacidade de acolher sua dor e sofrimento, é importante condição na formação de vínculo e confiança na APS (Schimith, Lima, 2004).

O **respeito aos direitos** dos pacientes também foi considerado pelos profissionais como essencial para a concretização dos pressupostos da PNH na APS.

O desafio de alcançar maior respeito aos direitos dos usuários é um dos fatores que desencadeou a formulação dos princípios norteadores da PNH e está, de fato, intensamente associado ao fortalecimento de vínculo entre os sujeitos envolvidos e a humanização dos serviços de saúde (Brasil, 2004).

Apesar de o vínculo ser reconhecido como ponto central da humanização na Atenção Primária, também, foi considerado como frágil e que precisa ser fortalecido.

O vínculo aparece fragilizado pela burocracia excessiva e pelas regras impostas para o funcionamento do programa, que acabam tirando o foco do paciente e transferindo para as normas e rotinas. Fortes (2004) acredita que a exacerbada especialização e tecnificação da assistência prestada pelos profissionais de saúde e o surgimento de novos modelos organizacionais de trabalho resultam em progressivo afastamento entre os profissionais de saúde e os usuários sob sua responsabilidade. Isso resulta na **fragilização do vínculo** nas relações, tornando-as cada vez mais distantes e despersonalizadas.

Segundo Fortes (2004), ainda, para humanizar a assistência é necessário substituir a cultura disseminada de 'coisificar' as pessoas que utilizam os serviços de saúde e, também, que se reforme práticas cotidianas de gestão e atenção à saúde. Uma das reformas necessárias é tornar a prática orientada pela consideração do homem como centro da ação ética.

Atualmente, o princípio da bioética e da defesa dos direitos humanos, que se sobressai aos demais, é o **respeito à dignidade humana**. Isso significa que o bem estar do indivíduo deve prevalecer sobre o interesse da ciência ou da sociedade (Oliveira, 2011; UNESCO, 2005; ONU, 1948). Esse princípio coloca a individualidade do homem como foco das relações no campo da saúde.

Alguns pressupostos da PNH foram considerados como pontos que precisam ser fortalecidos. A **corresponsabilização** foi um deles.

Assumir a responsabilidade implica em tornar-se 'fiador' de suas próprias ações. É preciso que cada profissional se interroge acerca de por que, como e quanto se responsabiliza por aqueles de cuja saúde cuida, bem como, preocupar-se acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e participantes desses compromissos (Ayres, 2006).

A **participação ativa do paciente na tomada de decisão** é prerrogativa da assistência humanizada. Todo cidadão tem a responsabilidade de colaborar para que seu tratamento aconteça da forma adequada (Brasil, 2009a, 2011a).

Zoboli (2003) salienta que o respeito à autonomia não implica em abandonar o paciente que recusou as indicações da equipe. A preocupação em esclarecer o usuário, acerca dos riscos de sua condição de saúde, deve perdurar, garantindo a permanência da beneficência.

Quando o relacionamento entre a equipe e os pacientes ocorre baseado na honestidade e respeito mútuo, os vínculos se fortalecem e a corresponsabilização torna-se mais provável.

A corresponsabilização deve ocorrer em todos os sentidos. O profissional responsabilizando-se pelo cuidado do paciente e colaborando com os demais colegas, e o paciente respeitando o profissional e agindo com senso de coletividade, de forma a favorecer, também, os demais pacientes.

O estabelecimento de vínculo e a corresponsabilização no processo de produção da saúde exige, ainda, uma nova organização dos serviços.

Gomes et al. (2012) acreditam que a reorganização dos serviços de saúde deve iniciar com uma formação profissional que valorize a cultura, o protagonismo e a reflexão filosófica da convivência humana, visando à qualificação da Atenção Primária e a humanização da assistência

Para a formação de profissionais que sejam engajados com a APS, o Ministério da Saúde (Brasil, 2009a) propõe algumas estratégias que podem ser significativas no processo de desenvolvimento das competências dos futuros profissionais da saúde, dentre elas:

- Inserir os alunos das várias profissões da saúde precocemente na atenção básica;
- Atenuar o ensino centrado no hospital;
- Diminuir a fragmentação disciplinar;
- Trabalhar, durante a graduação, o vínculo, a responsabilização, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar na equipe;
- Possibilitar aos alunos o desenvolvimento de ações individuais e coletivas;
- Assumir, ao longo dos anos de formação, a cogestão do cuidado em rede.

Depois de formados e engajados na prática, os profissionais devem ser inseridos em programas voltados para os direitos dos pacientes. Esses programas devem apresentar como forte diferencial a valorização, a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, que são os encarregados da tarefa do cuidar. Além disso, as políticas de saúde devem proporcionar as condições necessárias para o exercício profissional diário e devem criar condições para que os que cuidam possam, também, ter suas necessidades satisfeitas. Essa é uma das condições essenciais para a eficácia da prática humanizada (Fortes, 2004).

A sobrecarga de trabalho dos profissionais, buscando constantemente o alcance das metas e o cumprimento da burocracia imposta pelo sistema, somada à rotatividade dos profissionais nas equipes, colaboram para a fragilização do vínculo e desumanização da assistência.

Os participantes manifestaram o desejo de ter algum espaço onde pudessem compartilhar suas angústias, necessidades ou

observações relacionadas ao seu trabalho. Segundo o Ministério da Saúde, um espaço propício para isso deveria ser a reunião de equipe (Brasil, 2009a). Entretanto, segundo o relato dos profissionais, na prática, o tempo para o encontro entre os profissionais foi reduzido, com a finalidade de encaixar mais consultas para os médicos e enfermeiros e mais visitas domiciliares para os ACS e AES.

A humanização do profissional foi citada como uma fragilidade da PNH. Alguns profissionais sentem-se desvalorizados, gerando sentimento de impotência frente à grande missão que lhes compete. Essa questão, também foi citada como um tema a ser mais bem explorado pelas pesquisas científicas.

7.3 PROBLEMAS ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS PARA O RESPEITO AOS DIREITOS DO PACIENTE NA APS

Durante os seminários, os profissionais pontuaram problemas que enfrentam para a concretização do respeito aos direitos dos pacientes na APS. Entre os pontos mais discutidos estão o desconhecimento dos direitos, o desrespeito ao paciente e a seus direitos, a desumanização dos serviços de saúde, a burocracia questões relacionadas à educação e problemas com o sistema de saúde.

O **desconhecimento e desrespeito aos direitos dos pacientes** é uma questão recorrente na literatura, já há algum tempo. Kreischer et al. (1996) atribuíram o desconhecimento e desrespeito, inicialmente, à equipe médica e de enfermagem, que não conhecem e/ou não atende os direitos do usuário e, também, aos próprios pacientes que, na maioria das vezes, não os exigem por simplesmente desconhecerem.

O fato de 'conhecer os direitos' é facilitador para acessar às ações e serviços de saúde (Lanzoni et al., 2009; Leite, 2010).

O protagonismo proposto pela PNH, confere ao usuário o papel de ser ativo na produção de saúde. É necessário que o usuário

conheça seus direitos e deveres e vá em busca dos benefícios de que precise. Cabe a ele, também, respeitar a si próprio, aos demais usuários e a equipe que o assiste (Brasil, 2004).

Ao profissional compete aprimorar continuamente os conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional, bem como, orientar de forma clara os pacientes quanto ao seu estado de saúde e seus direitos (CFM, 2009; COFEN, 2007).

Cabe destacar que, o desconhecimento dos direitos não exime da responsabilidade. Os profissionais não podem ater-se a prerrogativa do desconhecimento para eximir-se da responsabilidade de respeitar o paciente e seus direitos.

O respeito ao paciente é devido, primordialmente, pela sua condição de ser humano. Sua dignidade, suas liberdades fundamentais, seus interesses, seu bem estar e seus direitos devem ser plenamente respeitados (UNESCO, 2006).

Entretanto, o paciente não pode confundir a consideração dos seus direitos com o atendimento aos seus desejos. Ter mais direito do que outros fere o princípio da justiça.

As discussões sobre a justiça trazem consigo termos como equidade, igualdade, equitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas, o que é merecido, aquilo a que alguém tem, de fato, direito (Beauchamp e Childress, 2011). Reporta-se, também, ao que convém fazer em uma coletividade (Durand, 2012).

Quando um paciente quer, a todo custo, que suas vontades sejam atendidas, mesmo que, para isso, desconsidere o direito de outro usuário, está agindo de forma injusta, desigual e iníqua.

Cabe lembrar, que a justiça contempla a ideia de equilíbrio na distribuição de benefícios e encargos (Vieira, Hossne, 1998). A igualdade é fundamental a todos os seres humanos, em se tratando de respeito a sua dignidade e a seus direitos, bem como, o acesso a oportunidades iguais (UNESCO, 2006; Durand, 2012). Enquanto que,

a equidade traz a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um, a partir de suas diferenças, isto é, sujeitos diferentes terão necessidades também diferentes, que precisarão ser igualmente atendidas (Garrafa, Oselka, Diniz, 1997).

Outro problema enfrentado pelos profissionais para o respeito aos direitos dos pacientes na APS é a **desumanização dos serviços** e a **desvalorização dos profissionais da saúde**.

As práticas desumanizadoras na APS, segundo os participantes, estão relacionadas à demora no atendimento e à falta de clareza nas informações prestadas.

O paciente enfrenta a morosidade em diversas situações na UBS. O período de espera compreendido entre a chegada na unidade e o momento de escuta no acolhimento, o atraso no atendimento com hora marcada e a demora para conseguir agendamento de exames e alguns medicamentos especiais, foram as situações citadas por profissionais e pacientes, nos estudos de Gomes et al. (2012) e Nascimento e Pekelman (2012).

Outro atendimento que foi citado como desumanizador é o grupo de pequenas queixas. Um número grande de pacientes, podendo chegar até a 40 indivíduos, são colocados em um auditório onde realizam uma espécie de consulta coletiva. Nesse ambiente ocorre acolhimento inadequado e **desrespeito à privacidade**.

Os grupos realizados na APS deveriam exercer papel educativo, entretanto, concretizam-se como alternativa para a falta de vagas na agenda médica. Esse fato fere duplamente o direito dos pacientes. Primeiro, expondo sua vida privada e, segundo, privando-o do seu direito à educação em saúde.

Para que as normas, diretrizes e portarias do SUS sejam devidamente postas em prática é necessário que elas sejam conhecidas e, para isso, a **educação em saúde** é fundamental. A destinação de espaços, que deveriam ser educativos, à outra finalidade, impede o profissional de exercer seu papel de educador e anula o direito do paciente de receber informações sobre saúde.

É importante que os profissionais atuem de forma coerente em sua profissão, executando um serviço de qualidade, independente das circunstâncias, e prestando informações claras aos pacientes, inclusive sobre seus direitos (Leite, 2010; São Paulo, 1999; Soratto, Witt, Faria, 2010).

O **analfabetismo** real e o funcional foram apontados como barreiras para o exercício do direito à saúde. O paciente nessa condição, por mais que a equipe seja clara nas orientações, enfrenta dificuldades para o entendimento das informações recebidas, especialmente as escritas, como a receita médica. A não compreensão e a falta de esclarecimento, por sua vez, interferem na manifestação da autonomia.

O papel da equipe de saúde é de formar uma sociedade cada vez mais **autônoma**, que tenha condições de cuidar de si e tendo apoio da APS mas, sendo sujeito da sua própria saúde. Cabe aos profissionais disseminar os conceitos fundamentais de humanização e da APS. Assim, os indivíduos ampliam sua visão sobre como adquirir seus direitos, o acesso à saúde aumenta e as práticas se tornam mais próximas às desejáveis e previstas pela Constituição (Silva, Zoboli, Borges, 2006; Zoboli, 2007). Entretanto, é necessário considerar que o trabalhador da saúde, também é um sujeito a ser valorizado.

A PNH coloca os trabalhadores e os pacientes no mesmo nível de valorização, dentro do processo de produção de saúde. Sendo, inclusive, um de seus princípios, o compromisso com a valorização dos profissionais. Uma das estratégias para isso é a estimulação de processos de educação permanente (Brasil, 2004).

No trabalho de Seoane (2012), nos discursos dos participantes, apareceu de forma recorrente, a necessidade da valorização dos profissionais de saúde, através da oferta de capacitação técnica e formação para a humanização. Fizeram menção, também, a uma experiência de valorização dos trabalhadores, que acontece em um dos locais de coleta de dados, onde, uma vez por mês os profissionais

se encontravam em um espaço de escuta. Sobre isso, relataram, que se sentem mais acolhidos e valorizados pelos gestores. O autor completa dizendo que é necessário um olhar mais cuidadoso em relação aos profissionais da saúde.

Alguns fatores, segundo os participantes, colaboram para a desumanização dos profissionais e dos pacientes. Entre eles estão a burocracia, a fragmentação e as falhas no sistema de saúde.

O SUS possui um **processo de trabalho burocrático**, o que causa morosidade no atendimento. A necessidade do paciente de ir e vir, dentro da Rede de Atenção, para concretizar uma única ação de que necessite, desgasta o usuário e sua família, bem como, sobrecarrega o sistema.

Um exemplo disso, é a necessidade de encaminhamento para os especialistas. Existem casos que os médicos da Saúde da Família se julgam totalmente capazes de avaliar na UBS, entretanto, não conseguem, porque não podem solicitar alguns exames, que só o especialista pode fazê-lo dentro do sistema.

As vagas com especialistas e para realização de determinados exames são escassas. Os profissionais acreditam que alguns pacientes deveriam ser mais responsáveis com os agendamentos. Quando sabem que não comparecerão, deveriam comunicar com antecedência, para oportunizar o atendimento a outro usuário. Percebe-se o princípio da justiça na atitude dos trabalhadores. Se o recurso é escasso, torna-se necessário otimizá-lo para atender um número maior de necessitados. Também, percebe-se que os profissionais esperam o exercício, pelo paciente, da corresponsabilidade.

O Ministério da Saúde propõe que é direito da pessoa ter atendimento adequado, ágil, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento (Brasil, 2011a). Entretanto, é dever do Estado disponibilizar vagas suficientes que garantam a integralidade da atenção à saúde de toda a população.

A burocracia e a escassez de vagas, enfrentadas para o agendamento exames e de consultas com médicos especialistas, são temas recorrentes na literatura. Os pacientes reconhecerem a legitimidade do médico da família em prestar cuidado integral, ainda assim, buscam atendimento com médicos especialistas e, a ausência desses, é tida como um fator limitante para a resolubilidade dos problemas de saúde (Ogata, Machado, Catoia, 2009). A falta de vagas com especialistas interfere na qualidade da saúde das pessoas e ferem o princípio da integralidade (Seoane, 2012; Queiróz, Penna, 2011).

A burocracia do sistema é sentida, também, pelos pacientes. No estudo realizado por Leite (2010), os usuários pontuaram que a demora e a forma como o serviço é organizado faz com que eles precisem deslocar-se muitas vezes dentro do sistema. Se o paciente utilizar um serviço de urgência e precisar de um especialista, precisará retornar à UBS, passar pelo Clínico Geral, para somente após ser encaminhado ao especialista.

Outra questão relacionada às burocracias do sistema de saúde, diz respeito às alterações nos programas devido a mudanças políticas, especialmente pela alternância de partido político, ou devido diferenças partidárias nos três níveis de poder. Essas mudanças prejudicam o seguimento da assistência.

É dever do médico e da equipe de enfermagem garantir a continuidade da assistência ao paciente, em condições que ofereçam segurança ao usuário e ao profissional (COFEN, 2007; CFM, 2009). Para que os profissionais cumpram esse dever é necessário que o sistema esteja organizado e funcionando.

Quanto à **organização do serviço**, o sistema computadorizado de marcação de consultas gera insatisfação nos profissionais. A precariedade dos equipamentos, a duplicidade de informações e problemas com o servidor de internet são obstáculos diários a serem superados. Esses achados também são descritos na pesquisa de Gomes et al. (2012).

O **excesso de papéis** a ser preenchido é outro aspecto do sistema que dificulta o respeito aos direitos dos pacientes. É determinado, por exemplo, que uma consulta médica deve durar 15 minutos. Uma parte desse tempo precisa ser reservado para o preenchimento da papelada relacionada ao atendimento e a alimentação dos sistemas de informação. Atrela-se a essa, as metas impostas aos profissionais. Se o profissional não anotar tudo no prontuário e nas fichas correspondentes ele não consegue comprovar a produção. Se ele não comprovar a produção ele não alcança as metas impostas pelo programa.

A formalização exigida pelo sistema de gerenciamento de dados tem gerado uma pressão excessiva, que influencia na prática dos profissionais de saúde. Essa pressão é fruto da cobrança quanto à produção exigida, das metas a serem atingidas e da quantidade de dados a serem gerados pela UBS (Thaines et al., 2009).

Preencher a papelada e 'alimentar o sistema' demanda tempo e tira o paciente do foco da assistência. O período gasto pelo profissional no preenchimento da papelada é subtraído do **tempo** que ele dispensaria para o atendimento ao paciente.

A questão do 'tempo' também é explorada pela literatura. Os profissionais gostariam de poder dispensar mais tempo no acolhimento aos pacientes (Brehmer, Verdi, 2010). O atendimento a muitos usuários em pouco tempo desumaniza a assistência e leva a dificuldades na relação entre a equipe e o paciente (Leite, 2010). Quando a UBS atende os casos que deveriam ser encaminhados à AMA, ocorre um desequilíbrio entre o número de funcionários e a demanda, acarretando diminuição do tempo que pode ser dispensado para cada paciente (Seoane, 2012). Os pacientes desejam não esperar muito tempo entre sua chegada na UBS e o acolhimento, esperam agilidade e pronta resposta ao que buscam (Falk et al., 2010). Os pacientes referem que o tempo de espera prolongado é um fator desfavorável na relação médico-paciente (Gomes et al., 2012).

Em relação ao tempo da consulta médica, o Conselho Federal de Medicina, posiciona-se da seguinte forma: “nenhum órgão ou instituição tem competência para determinar o tempo de avaliação médica ou estabelecer o número de atendimentos médicos para qualquer carga horária ou atividade médica”. O tempo da consulta médica deve ser suficiente para a realizar a anamnese, o exame físico, elaborar hipóteses e conclusões diagnósticas, solicitar exames complementares (quando necessário) e emitir a prescrição terapêutica (CFM, 2010).

Quando o profissional consegue dispensar tempo no atendimento ao paciente, alcança mais elevado grau de satisfação em seu trabalho e, ainda, mais qualidade na atenção à saúde.

7.4 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS RELATIVAS AO RESPEITO AOS DIREITOS DOS PACIENTES NA APS

As experiências exitosas da Atenção Primária à Saúde relativas ao respeito aos direitos dos pacientes estão, em sua maioria, relacionadas à integralidade e à melhoria da qualidade da atenção à saúde.

A integralidade da atenção à saúde foi associada com a implantação do NASF, a intersetorialidade e a implantação de alguns programas funcionais, tais como, o Mãe Paulistana e o Programa de Automonitoramento Glicêmico. A qualidade foi relacionada às melhorias na infraestrutura das UBS, na capacitação dos profissionais e na execução do PMAQ-AB.

O NASF é uma estratégia inovadora implantada com o objetivo de apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção à saúde na APS. Está comprometida com a execução de ações interdisciplinares de promoção, prevenção e reabilitação da saúde (Brasil, 2009b).

Através da inserção de especialistas na Estratégia Saúde da Família, o NASF colabora para a integralidade na atenção. Ainda, colabora com a melhoria da qualidade da assistência na atenção

básica, conforme foi citado pelos participantes dos seminários. A consulta compartilhada e a participação dos profissionais do NASF nas atividades educativas são geradoras de qualidade na APS.

A implantação do NASF é considerada uma proposta pioneira. Contribui para a ampliação do número e da diversidade de recursos humanos disponíveis na APS. Através do trabalho interdisciplinar colabora de forma a aumentar a resolutividade dos problemas de saúde da população (Lancman et al., 2013).

As atividades propostas pelo NASF, segundo a percepção de usuários, colaboram para a ampliação de atividades da vida diária executadas e provocam mudanças significativas no cotidiano individual e familiar (Souza, 2013).

Um elemento que colabora para o alcance da integralidade é a intersetorialidade. Para Pauli (2007), uma ação, para ser completa, não ocorre num setor único, exige-se um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial. Dessa forma, serão oferecidas respostas às demandas ampliadas do sistema de saúde (Pires, 2010).

O reconhecimento e a legitimação da intersetorialidade, segundo a mesma autora, agiliza o processo de resolução de problemas de saúde da população, o que se concretiza como um respeito ao paciente e a seus direitos.

Apesar de o sistema ter sido considerado como fragmentado e pouco resolutivo, alguns setores da Rede de Atenção têm alcançado melhorias constantes em sua prática. O CAPS, por exemplo, tem oferecido serviços de qualidade e resolutivos no atendimento às demandas por acompanhamento à saúde mental.

O CAPS é um equipamento substitutivo ao modelo manicomial e compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAP). Entre os eixos norteadores da RAP encontram-se: o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; a promoção da equidade; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional,

sob a lógica interdisciplinar; e o estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2013).

Para o atendimento às necessidades de populações especiais, tais como, as gestantes e os pacientes diabéticos, o surgimento dos programas Mãe Paulistana e PAMG proporcionou garantia de acesso às ações específicas, alcançando a integralidade da atenção.

O automonitoramento glicêmico representa um avanço para o cuidado do paciente portador de diabetes. Porém, além de ofertar os insumos para o hemoglicoteste, é necessário o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde. Possibilitar momentos de orientação acerca da doença, do cuidado e da importância do monitoramento contínuo, para a prevenção de complicações agudas e crônicas e para uma melhor qualidade de vida das pessoas. Isso contempla o direito à educação e à integralidade (Matsumoto et al. 2012).

O Programa Mãe Paulistana é uma estratégia do SUS, cujo objetivo é assistir a gestante durante o ciclo de gravidez. No pré-natal preconiza-se a realização de, no mínimo, sete consultas, seguindo o acompanhamento durante o parto, o puerpério e alcançando até o segundo ano de vida do bebê. Através do Programa, a futura mamãe realiza os exames e recebe o vale-transporte, caso haja necessidade, para chegar à Unidade de Saúde para consultas e exames. (São Paulo, 2014).

Como uma estratégia para promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A proposta do PMAQ-AB é a avaliação dos serviços em vários níveis da APS, ou seja, a auto avaliação das equipes, a avaliação da gestão municipal e da atenção básica e, em nível local, a avaliação das UBS e das EqSF (Brasil, 2012b).

Através dos resultados do PMAQ-AB as equipes podem fortalecer estratégias que foram bem avaliadas e corrigir eventuais falhas na atenção à saúde.

A capacitação do profissional e a infraestrutura das UBS, são itens avaliados pelo PMAQ-AB e a ocorrência delas, colaboram claramente para a melhoria da qualidade dos serviços na APS.

7.5 VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA APS RELATIVA AOS DIREITOS DOS PACIENTES

Durante a troca de experiências entre os participantes dos seminários, foi possível perceber que eles trabalham sob uma rotina pesada, sobrecarregados e preocupados em alcançar as metas impostas pela ESF. Pontuaram que, alguns aspectos do seu processo de trabalho, compõem-se como dificultadores para o respeito aos pacientes e a seus direitos. Refletir sobre questões relacionadas a sua prática não era costume de todos.

A participação nos seminários concretizou-se como uma oportunidade para refletir sobre sua atuação profissional. A troca de experiências possibilitou repensar a prática.

Reflexão de cunho ético, de situações do cotidiano dos serviços saúde, torna-se essencial para superar os limites, reavaliar as atitudes e efetivamente construir uma nova prática na atenção à saúde. No centro dessa discussão está o respeito ao paciente e a seu direito de ter sua saúde resguardada e suas necessidades atendidas (Brehmer, Verdi, 2010).

A reflexão genuína, acompanhada da escuta ativa, do olhar atento, do conhecimento e da competência técnica, possibilitará relações profissionais respeitadoras e promotoras dos direitos, da liberdade e da dignidade humana (Zoboli, Sartorio, 1995).

Os seminários foram considerados como espaços abertos para ampla discussão e propícios para **reflexão e tomada de consciência** sobre questões relacionadas ao respeito ao paciente e a seus direitos.

Na atividade em grupo, oportuniza-se o diálogo e a troca de saberes, permite-se o relato das experiências do indivíduo e facilita-se a relação dialógica e participativa (Freire, 1992).

O primeiro despertar foi para a **necessidade do conhecimento**. Ao relatarem que desconheciam os direitos dos pacientes, ao analisar o que estavam discutindo e ao estudar os materiais disponibilizados, puderam adquirir, ampliar e solidificar conhecimentos, bem como, reconstruir saberes prévios.

O processo de construção do conhecimento reúne troca de saberes e relato de experiências vividas. A multiplicação do conhecimento traz consigo a necessidade imperiosa de atualização, de estudo, de aperfeiçoamento e de troca constante de saberes dos profissionais da área da saúde (Pires, 2007).

Perceberam que **falar alivia**, que não estão sozinhos, que as aflições e dificuldades não são só de um, mas de outros profissionais da APS. Um espaço para compartilhar os incômodos e aflições, segundo o Ministério da Saúde, pode contribuir para tornar o trabalho mais prazeroso, efetivo e resolutivo (Brasil, 2009a).

Os profissionais passaram a **analisar** a forma como exercem sua profissão. Prestar atenção nas particularidades de cada paciente e como cada profissional lida com essa questão. Com isso, entender o paciente e o papel dos demais membros da equipe de saúde, tornou-se parte do processo de trabalho.

Entre as competências esperadas dos integrantes da equipe de saúde estão conhecer e analisar seu trabalho. Ser capazes de verificar as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade e compartilhar conhecimentos e informações (Brasil, 2001).

A reflexão produziu **mudanças** na postura dos profissionais, na perspectiva que eles tinham em relação aos usuários e na prática profissional.

Conhecer os direitos dos pacientes **transformou as crenças** que os profissionais mantinham sobre eles. Antes, alguns profissionais agiam de forma a, unicamente, 'limpar' a demanda, livrar-se do paciente, realizar o seu trabalho e o que era seu dever fazer. Após refletir sobre os direitos dos usuários, passaram a agir de

forma mais interativa e interessada. A escuta qualificada e a busca por reais soluções para as necessidades dos pacientes passaram a fazer parte dos atendimentos.

Refletir sobre o respeito ao paciente e a seus direitos tornou os profissionais **mais conscientes e menos passionais às demandas** dos usuários. Diminuiu a distância entre eles e a empatia tornou-se um ponto chave na assistência. A opinião do paciente passou a ser mais considerada através da escuta atenta.

Comprometer-se e buscar a equidade são atitudes positivas dos profissionais. Cuidar com empatia é entender a situação do outro.

Alguns profissionais **reorganizaram a agenda**, a fim de conseguirem dedicar mais tempo à orientação e educação em saúde à população. Apesar de não terem conseguido, ainda, alterar a dinâmica dos grupos, inseriram momentos educativos durante as atividades.

Iniciou-se o exercício do protagonismo. Os profissionais relatam que se tornaram mais ativos na busca e ensinamento sobre os direitos dos pacientes.

A ampliação do conhecimento tornou possível melhorar a **avaliação da atuação profissional**. Além disso, passaram a compartilhar com colegas de trabalho a experiência vivida e os conhecimentos adquiridos, difundindo a cultura do respeito ao paciente e a seus direitos e os conceitos de práticas humanizadoras. A reflexão, antes desconsiderada por alguns, passou a ser um aspecto importante do processo de trabalho dos participantes.

8 CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

O processo reflexivo vivenciado pelos participantes repercutiu de maneira positiva na postura dos profissionais, na perspectiva que eles tinham em relação aos usuários e na assistência.

Os participantes percebem que alguns aspectos do processo de trabalho na UBS compõem-se como dificultadores para o respeito aos direitos dos pacientes. O desconhecimento e o desrespeito aos direitos, tanto pelos profissionais, quanto pelos próprios pacientes, dificultam o acesso do usuário à ações e serviços de saúde. Sentem que a burocracia e o excesso de papéis a serem preenchidos demandam muito tempo, colaborando para a desumanização na assistência, e que o sistema de saúde é fragmentado e pouco resolutivo, acarretando excesso de deslocamento dos pacientes e sobrecarga dos profissionais. Sentem, ainda, que questões relacionadas ao analfabetismo, à desinformação quanto ao SUS e à destinação de espaços educativos a outra finalidade prejudicam a educação em saúde.

Os profissionais percebem, também, que algumas situações favorecem o respeito aos direitos do paciente. O investimento em melhorias na infraestrutura das UBS, a implantação do NASF e a concretização de alguns programas funcionais, tais como, a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, o PAMG e o PMAQ-AB, colaboram para a integralidade e melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Com essa realidade, os profissionais perceberam que suas ações precisam ir além do cumprimento das metas impostas pela ESF e das rotinas da UBS. O respeito aos direitos do paciente e a busca por conhecimento sobre o tema passaram a ser considerados como pressupostos da prática. Relataram que, ao serem ouvidos durante os seminários, sentiram suas angústias aliviadas. Com isso, passaram a valorizar, ainda mais, a escuta qualificada como estratégia de valorização e respeito ao paciente.

Com a reflexão sobre os direitos, a perspectiva que os profissionais tinham em relação aos pacientes e alguns aspectos da assistência foram remodelados. Os participantes referiram que estão mais conscientes e menos passivos às necessidades dos usuários e que a busca por soluções concretas para as necessidades dos pacientes passou a fazer parte dos atendimentos. Relataram, ainda, que passaram a ver o paciente em sua individualidade e com suas necessidades peculiares. Com isso, a reflexão passou a fazer parte do processo de trabalho, a opinião do paciente passou a ser valorizada e a assistência passou a ser prestada com empatia e de forma mais humanizada.

Os participantes percebem a necessidade da humanização na atenção à saúde. Acreditam que, entre os pressupostos da PNH, o estabelecimento e a manutenção de vínculos solidários são o ponto central para a humanização na APS. Entretanto, constata-se que a burocracia, a sobrecarga e a rotatividade dos profissionais fragilizam o vínculo. Acreditam, ainda, que a corresponsabilização, a participação ativa do paciente na tomada de decisão e a valorização dos profissionais são alguns aspectos da PNH que precisam ser fortalecidos.

Percebe-se que refletir sobre sua prática afasta o profissional da atuação tecnicista e resulta em humanização da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

American Hospital Association. Patient's bill of rights. Chicago: AHA; 1973.

Assis LCF, Veríssimo MLÓR. Expectativas e necessidades de acompanhantes de criança na consulta de saúde. Rev. Bras. Cresc. E Desenv. Hum. 2010;20(2):317-329.

Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006. p.49-83.

Bakes DS, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. O que os usuários pensam e falam do Sistema Unico de Saúde? Uma análise dos significados á luz da carta dos direitos dos usuários. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(3):903-910.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 2ª. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011.

Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei n. 22 de 2007. Estabelece o Código nacional de direitos dos usuários das ações e dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília; 2007a.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2007b.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Decreto Nº 7508 DE 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 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 Inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 Jun. 2011b.

Brasil. Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 03 out. 2003. Seção 1, p. 1.

Brasil. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 12 set. 1990b. p. 1 (Suplemento).

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. 1990a. p. 18055.

Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3. ed. – Brasília; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento síntese para avaliação Externa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006b. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 2006a. Seção 1, p. 142.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília: 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O Humaniza SUS na atenção básica. Brasília; 2009a.

Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010; 15(3):3569-78.

Committee of the European Economic Community. Charter of the hospital patient. Luxembourg; 1979.

Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

Conselho Federal de medicina. Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2009.

Conselho Federal de medicina. Processo-consulta CFM n. 7581/09. Parecer CFM n. 01/2010. Exercício profissional dos Peritos Médicos Previdenciários. CFM [internet]. 2010 jan. 13 [citado 2015 fev. 02]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/1_2010.htm.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de jun. 2013. Seção 1, p. 59.

Cortina A, Navarro EM. Ética. Trad. de Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviço de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011;32(3):451-7.

Durand G. Introdução geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos. 4ª. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola: 2012.

Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Rev. APS. 2010;13(1): 4-9.

Ferrer JJ. Álvarez JC. Para fundamentar a bioética. Trad. Orlando Soares Moreira. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

Fontana, RT. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. Rev. Rene. Fortaleza. 2010;11(1): 200-07.

Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e Sociedade. 2004;13 (3):30-55.

Fortes PAC. Ética e saúde. São Paulo: EPU, 1998.

Freire P. Educação como prática da liberdade. 21ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. Bioética (CFM). 1997;5(1):27-33.

Gomes AMA, Caprara A, Landim LOP, Vasconcelos MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis Rev. de Saúde Col.* 2012;22(3):1101-19.

Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2010;15(2):463-70.

Higgins JPT; Green S. [editors]. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.* London: The COCHRANE COLLABORATION, 2011. Disponível em: <http://handbook.cochrane.org/>. Acessado em 02 jun 2014.

Kipper DJ, Clotet J. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. *Iniciação à bioética.* Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 37-51.

Kreischer ED, Alonso PAP, Salles PM, Ramos RS. Os direitos do paciente segundo o posicionamento de médicos e enfermeiros: pesquisa exploratória. *Rev. bras. enferm.* 1996;49(4):625-38.

Lancman S, Goncalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública.* 2013;47(5):968-975.

Lanzoni GMM, Lino MM, Schweitzer MC, Albuquerque GL. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. *Rev. Rene.* 2009;10(4):145-54.

Leite RAF. *Direito à informação em saúde: análise do conhecimento do paciente acerca de seus direitos.* 2010. 118f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na

pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008;17(4): 771-8.

Massarollo MCKB, Mira VL, Martins MS, Gregório Neto J. Direitos dos usuários dos serviços de saúde: aspectos da prática profissional de enfermagem na assistência ao adulto. In: Associação Brasileira de Enfermagem, organizadora. Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto (PROENF). Porto Alegre: Artmed/Panamericada; 2008. p. 41-64.

Massarollo MCKB, Saccardo DP, Zoboli ELCP. Autonomia, privacidade e confidencialidade. In: Oguisso T, Zoboli ELCP, organizadoras. Barueri: Manole; 2006. p.136-52.

Matsumoto PM, Barreto ARB, Sakata KN, Siqueira YMC, Zoboli ELCP, Fracolli LA. A educação em saúde no cuidado de usuários do Programa Automonitoramento Glicêmico. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012;46(3):761-5.

Medeiros FA, Araújo GSC, Albuquerque ABA, Clara ICC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. Salud Pública* [online]. 2010, vol.12, n.3, p. 402-13. ISSN 0124-0064.

Mill JS. *On Liberty*. London: John W. Parker and Son, West Strand, 1859.

Minayo MCS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*. 2010;6(3):251-61.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012;17(3):621-26.

Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica

de Saúde. Rev. Esc. Enferm. USP [online]. 2009, vol.43, n.2, p. 358-64.

Muñoz DR, Fortes PAC. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

Nardo LRO, Juliani CMCM. Ouvidoria: avaliando o acesso aos serviços de saúde. Rev. Rene. 2012;13(3): 613-22.

Nascimento PTA, Pekelman R. Acesso e acolhimento: “ruídos” e escutas nos encontros entre trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde. Rev APS. 2012;15(4): 380-394.

Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da Família: visão dos usuários. Rev. Enferm. 2011;19(3):397-402.

Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2009; 11(4): 820-9.

Oliveira AAS. Bioética e direitos humanos. São Paulo: Edições Loyola; 2011.

Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (UNESCO). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [texto na Internet]. Paris: 2005. [citado 2015 fevereiro 02] Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.

Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos do Homem. Nações Unidas no Brasil [texto na Internet]. 1948. [citado 2007 maio 25] Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php.

Pegoraro O. O lugar da bioética na história da ética e o conceito de justiça como cuidado. In: Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética e longevidade humana. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 7. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

Pires SMB. Sistematização do cuidado em enfermagem: uma análise da Implementação. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2010.

Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodriguez TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito de atenção primária a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2615-23.

Queiróz ES, Penna CMM. Conceitos e Práticas de Integralidade no Município de Catas Altas- MG. *Rev. Min. Enferm*. 2011; 15(1):62-69.

Sandelowski M, Barroso J. Writing the Proposal for a Qualitative Research Methodology Project. *Qual Health Res*. 2003 Sept; 3(7) 905-23.

Sandelowski M, Dochert S, Emden C. Focus on qualitative methods. *Qualitative Metasynthesis: issues and techniques*. *Res Nurs Health*. 1997;20(4):365-71.

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*, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1.

São Paulo (Cidade). Rede Mãe Paulistana também é Rede Cegonha [Internet]. São Paulo; 2014 [citado 2015 fev 02].

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):42-49.

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

Silva RCC, Pedroso MC, Zucchi P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. Rev. Saúde Pública 2014;48(1): 134-41.

Silva LT, Zoboli ELCP, Borges AL. Bioética e Atenção Básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. Cogitare Enferm. 2006;11(2):133-42.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004;20:p. 1487-94.

Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. Physis Rev. de Saúde Col. 2010;20(4):1227-43.

Souza FLD, Chacur EP, Rabelo MRG, Silva LAMS, Villela WV. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. Saúde debate. 2013;37(97):233-40.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):585-9.

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.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 14^a ed. São Paulo: Cortez; 2005.

Vieira S, Hossne WS. Pesquisa médica: a ética e a metodologia. São Paulo: Pioneira; 1998.

World Health Organization. European Consultation on the Rights of Patients. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. Amsterdam; 1994.

World Health Organization. Patients' rights. [internet]. Genebra; 2013 [citado 2013 fev 03]. Disponível em: <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>. World Health Organization. European Consultation on the Rights of Patients. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. Amsterdam; 1994.

Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(6):1690-99.

Zoboli ELCP, Sartorio NA. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. Mundo Saúde. 2006;30(3): 382-97.

Zoboli ELCP, Schweitzer MCS. Ficha para extrair informações de artigos para Revisão Sistemática. Workshop de Revisão Sistemática Qualitativa. São Paulo, EEUSP, Abril de 2013. Adaptado de: Knafl, K., & Sandelowski, M. (Multiple Principal Investigators). "Mixed methods synthesis of research on childhood chronic conditions and family" funded by National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health, R01NR012445, September 1, 2011-June 30, 2016.

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da família [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

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.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1 – DETALHAMENTO DOS DESCRITORES PARA A REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

DESCRITORES PRINCIPAIS: Atenção Primária à Saúde e Direitos do Paciente

Artigos da Lei 10.241/99	Descritor associado
Artigo 1º - A prestação dos serviços e ações de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, no âmbito do Estado de São Paulo, será universal e igualitária, nos termos do artigo 2º da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995.	Direito à Saúde Acesso Universal à Serviços de Saúde Equidade em Saúde
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; e d) nome da instituição; XVIII - receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem estar; XIX - ter um local digno e adequado para o atendimento; XXII - receber anestesia em todas as situações indicadas;	Humanização da Assistência
IV - ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;	Comunicação Sigilosa
VI - receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: a) hipóteses diagnósticas; b) diagnósticos realizados; c) exames solicitados; d) ações terapêuticas; e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; f) duração prevista do tratamento proposto; g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; h) exames e condutas a que será submetido; i) a finalidade dos materiais coletados para exame; j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e l) o que julgar necessário; IX - receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;	Consentimento Livre e Esclarecido Humanização da Assistência

<p>XI - receber as receitas: a) com o nome genérico das substâncias prescritas; b) datilografadas ou em caligrafia legível; c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas; d) com o nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; e</p> <p>e) com assinatura do profissional;</p> <p>XII - conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;</p> <p>VII - consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;</p> <p>XXI - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa.</p>	
VIII - acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do artigo 3º da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995;	Acesso dos Pacientes aos Registros
<p>XIII - ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:</p> <p>a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas; e</p> <p>b) registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;</p>	Registros de Saúde Pessoal Registros de Enfermagem Registros Médicos
XIV - ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas: a) a sua integridade física; b) a privacidade; c) a individualidade; d) o respeito aos seus valores éticos e culturais; e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; e f) a segurança do procedimento;	Privacidade Segurança do Paciente
<p>XV - ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada;</p> <p>XVI - ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto;</p> <p>§ 1º - A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.</p>	Acompanhantes de Pacientes
<p>XX - receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;</p> <p>XXIV - optar pelo local de morte.</p>	Autonomia Pessoal Direito a Morrer Tomada de Decisões
XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;	Recusa do Paciente ao Tratamento

Foi incluída a palavra 'conhecimento'.

APÊNDICE 2 – Caracterização dos estudos analisados sobre direitos dos usuários na APS

N	Autor/ Ano	Objetivo	Tipo de pesquisa /método	População estudada	Direitos estudados	Percepção sobre os direitos	Conclusão
1	Brehmer e Verdi, 2010	Identificar e analisar as implicações éticas oriundas das práticas cotidianas de acolhimento em UBS e seus reflexos na Atenção à Saúde dos usuários do SUS	Estudo qualitativo de design exploratório, descritivo, com análise do conteúdo de entrevistas	Gestores, profissionais e usuários UBS	Acolhimento, direito ao acesso à saúde, integralidade, atenção humanizada, privacidade e sigilo	Usuários: Sobressaíram diferenças marcantes entre o que se caracteriza com o desejo de se sentir acolhido com respeito, tendo atendidas suas necessidades, e as frustrantes experiências vivenciadas no cotidiano das UBS, as quais revelam situações de exclusão e negação do direito à saúde Profissionais: Percebem o acolhimento como método de escuta atenta e qualificada, apesar de, na prática, os modos de acolher se restringem a estratégias para o atendimento de urgências	O acolhimento é permeado por conflitos éticos que emergem do cotidiano das ações nos serviços de saúde. Há distanciamentos técnicos, conceituais e estruturais. Revela faces opostas e destoantes: no discurso, no reconhecimento do direito à saúde e na prática há descumprimento desta garantia constitucional.
2	Assis e Veríssimo, 2010	Identificar expectativas e necessidades de acompanhantes de crianças acerca das consultas de saúde	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com análise do conteúdo de entrevistas	Acompanhantes de crianças	Garantia de acesso a registros, vínculo, autonomia, esclarecimento, direito ao acompanhante	As expectativas estão relacionadas a consulta resolutiva, garantida por relações interpessoais de atenção e respeito. Apresentam três grupos de necessidades: garantia de acesso a tecnologias, vínculo e preservação da autonomia	Há expectativa de atendimento resolutivo, por relações interpessoais de respeito e atenção. Reafirmam a importância de que os profissionais se dediquem não só a esclarecer dúvidas e preocupações dos acompanhantes, com relações consistentes, gerando confiança no atendimento e recomendações e acesso a registros.
3	Ogata, Machado e Catoia, 2009	Analisar as representações sociais dos usuários acerca da ESF	Pesquisa quantitativa, com coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas	Usuários	Direito à Saúde, Integralidade e humanização	Entendem como direito receber atendimento integral e humanizado, entretanto, ainda mantêm o foco na consulta médica e na doença.	É necessário criar espaços de conversa sobre a Estratégia de Saúde da Família com a população, assim como o desenvolvimento de ações multiprofissionais promotoras de saúde pela equipe.
4	Seoane e Fortes, 2009	Conhecer como o usuário do PSF percebe o direito à privacidade e confidencialidade de suas informações reveladas ao ACS	Estudo qualitativo, de natureza exploratória/entrevistas semiestruturadas	Usuários de uma UBS do PSF	Acesso, privacidade, sigilo, confidencialidade e esclarecimento	Apontam o papel do ACS's como facilitador do acesso, porém, não como facilitador da promoção em saúde, não sentem-se constrangidos com a visita, alguns sentem-se inseguros em revelar informações ao ACS devido dificuldades do próprio serviço para manutenção da privacidade e confidencialidade	Destacou a importância das relações de gênero. Enfermidades como AIDS, tuberculose, câncer não deveriam ser reveladas ao ACS, demonstrou certa passividade do usuário em relação a percepção da falta de respeito ao sigilo das informações.

N	Autor/ Ano	Objetivo	Tipo de pesquisa /método	População estudada	Direitos estudados	Percepção sobre os direitos	Conclusão
5	Falk et al., 2010	Identificar a percepção do usuário e do trabalhador de saúde acerca do acolhimento	Pesquisa quanti-qualitativa, exploratória, descritiva, com aplicação de dois instrumentos	Usuários e equipe de Enfermagem	Acolhimento e humanização	Acolhimento é um espaço de atenção, caracterizado com atitudes de zelo, respeito, cortesia e diálogo. Os trabalhadores de saúde identificaram como significado maior do acolhimento o encaminhamento a outros profissionais.	Os atributos do acolhimento são percebidos de forma diferente por usuários e pela equipe de saúde. O acolhimento deve acontecer através de uma postura ética, de compartilhamento de saberes e de comunicação adequada entre os diferentes
6	Soratto, Witt e Faria, 2010	Construir um processo de participação popular e controle social em saúde	Abordagem Qualitativa/ Pesquisa- Ação,	Usuários e trabalhadores de saúde	Acesso a informações, conhecimento, participação, controle social; direito à saúde	São fundamentais a socialização de informações e a construção de diálogo libertador. A desinformação é um fator impeditivo para o controle social.	A institucionalização de espaços participativos não garante a participação popular e o controle social em saúde. O diálogo é essencial para fomentar a busca de novos caminhos para o SUS
7	Queiróz e Penna, 2011	Compreender os conceitos e práticas a respeito da integralidade formuladas por profissionais de saúde	Qualitativa, estudo de caso, fundamentado na sociologia compreensiva. Realizado entrevista, observação livre e análise documental	Profissionais da saúde	Integralidade, humanização, acolhimento, equidade	A integralidade é entendida como a visão holística aplicada no cuidado, que permite ver a necessidade do outro; a integração dos processos de trabalho individuais, que devem ser articulados, solidários e com objetivo único e influenciada pela cultura e pelo meio social onde é produzida; e a combinação de ações preventivas e curativas prestadas ao usuário	A integralidade é apresentada com uma estreita relação com a equidade e combina ações preventivas e curativas prestadas ao usuário por equipe multiprofissional
8	Gomes et al., 2012	Compreender a relação médico-paciente a partir da construção de valores éticos e morais com vistas à humanização da saúde.	Pesquisa qualitativa, visando a compreensão aprofundada de fenômenos sociais, com componentes etnográficos	Profissionais da saúde e pacientes	Humanização, integralidade, acolhimento, acessibilidade, atendimento digno	As características pessoais do médico, o agir profissional e os problemas na organização dos serviços, são aspectos que influenciam no acolhimento e na interação entre a equipe e o paciente. Os encontros entre médico e paciente podem ocorrer de três formas: o encontro centrado no paciente, o encontro sem entendimento e o realizado a curto prazo.	O estabelecimento de vínculo requer apoio intensivo às mudanças na organização dos serviços, com ênfase numa formação profissional que valorize a cultura, o protagonismo e a reflexão filosófica da convivência humana, visando à qualificação da atenção primária.
9	Zoboli e Fortes, 2004	Identificar e comparar os problemas éticos vivenciados por médicos e enfermeiros e os fundamentos que utilizam para tomar decisões	Estudo empírico, qualitativo, de ética descritiva, de cunho normativo. Análise temática segundo Bardin	Profissionais da saúde	Privacidade, acessibilidade, humanização	Os resultados apontaram para problemas éticos na relação com o usuário e a família, na relação da equipe de saúde e nas relações com a organização e o sistema de saúde. Isto é, aspectos éticos que permeiam circunstâncias comuns da prática diária da atenção à saúde e não situações dilemáticas, que requerem soluções imediatas, usualmente mais exploradas na literatura bioética.	Os profissionais que atuam no PSF têm de exercer uma nova prática marcada pela humanização, pelo cuidado, pelo exercício da cidadania e alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença das famílias.

N	Autor/ Ano	Objetivo	Tipo de pesquisa /método	População estudada	Direitos estudados	Percepção sobre os direitos	Conclusão
10	Silva, Zoboli e Borges, 2006	Verificar a frequência de problemas éticos vividos	Estudo quantitativo exploratório	Enfermeiros e médicos do PSF	Tomada de decisão, privacidade, acesso, sigilo e humanização	A falta de respeito e privacidade do paciente e o comportamento de desrespeito podem ameaçar a relação de vínculo e de corresponsabilidade pela saúde dos usuários. Enfermeiros e médicos consideram que os problemas de estrutura física e rotina da USF prejudicam a manutenção da privacidade. Outro problema ético relatado foi a dificuldade ao acesso a exames complementares.	A sutileza do panorama apresentado pode levar a não percepção dos problemas, reforçando a necessidade de capacitação dos profissionais em comunicação e acolhimento, para instituir uma atitude ética baseada na cidadania, solidariedade e humanismo.
11	Nery et al., 2011	Conhecer a visão dos usuários sobre a ESF e descrever suas expectativas sobre o cuidado	Estudo qualitativo, descritivo, coleta de dados através da entrevista e análise de conteúdo	Usuários cadastrados em uma ESF	Acessibilidade, tratamento adequado e efetivo; humanização.	A ESF traz benefícios: acessibilidade geográfica, cuidado da equipe, vínculo, acolhimento e resolutividade. Aspectos desfavoráveis: caráter reducionista, várias portas de entrada, desconhecimento dos usuários sobre atribuições dos profissionais, falta de acolhimento e vínculo por parte de alguns. A produção do cuidado sem acolhimento gera insatisfação dos usuários.	Usuários percebem nuances inerentes à dinâmica de trabalho, necessitando repensar práticas de saúde dos profissionais visando melhorar as condições de saúde da população
12	Lanzoni et al., 2009	Desvelar criticamente a Carta dos Direitos dos Usuários	Pesquisa Qualitativa, convergente assistencial. Realização de oficinas educativas	Agentes Comunitários de Saúde	Todos os contidos na Carta dos Direitos dos Usuários	Dentro das oficinas foram elaboradas cinco estratégias para viabilizar o cumprimento dos direitos e deveres dos usuários: divulgar em visitas domiciliares a importância do Conselho Local de Saúde; um plano de orientações aos usuários sobre o acesso aos medicamentos; fixar cartazes na Unidade Local de Saúde sobre os princípios da Carta de Direitos; divulgar outros serviços de apoio à saúde; e, divulgação e empoderamento da comunidade sobre seus direitos e deveres.	As intervenções propostas pelos ACS's inspiram o fortalecimento de ações em educação e saúde, com vistas à instrumentalização da equipe de saúde, sem exigir do Estado grande demanda da estrutura socioeconômica.
13	Leite, 2010	Identificar o conhecimento de usuários uma UBS de Ribeirão Preto sobre o seu direito à informação	Pesquisa qualitativa, exploratória, com orientação analítico- descritiva	Usuários de UBS	Informação, acesso, autonomia, acesso ao prontuário	Existem lacunas na comunicação entre os profissionais e os usuários. As informações quanto a diagnóstico, exames, medicamentos e tratamento estão sendo supridas parcialmente e nem sempre o paciente é consultado sobre sua opinião. O direito ao acesso às informações contidas no prontuário é desconhecido.	Apesar das lacunas e desafios existentes, é possível a construção conjunta de relações democráticas e exercício do direito do paciente.
14	Zoboli, 2007.	Identificar problemas éticos vividos por enfermeiros na Atenção Básica,	Empírico, qualitativo, de ética descritiva, com análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas	Enfermeiros do PSF	Humanização, acolhimento, acesso, autonomia, privacidade e confidencialidade	A dimensão ética na atenção básica lida com situações corriqueiras da prática cotidiana. É urgente o redirecionamento da sensibilidade dos enfermeiros para a percepção da sutileza dos problemas éticos nas relações com os usuários na atenção básica.	A ponderação e especificação dos princípios da autonomia, não maleficência, justiça e beneficência, enriquecidas por outros enfoques da bioética, podem contribuir para a construção da cidadania e promoção da saúde.

N	Autor/ Ano	Objetivo	Tipo de pesquisa /método	População estudada	Direitos estudados	Percepção sobre os direitos	Conclusão
15	Queiroz et al., 2013	Refletir sobre os cuidados às pessoas com doenças em fase terminal na APS.	Pesquisa qualitativa, enfoque hermenêutico-crítico, foram realizadas entrevistas individuais	Famíliares de usuários em fase terminal e profissionais da ESF	Humanização, cuidados integrais e cuidados paliativos	Os resultados evidenciaram que, apesar do discurso de humanização, refletida na prerrogativa de viver os últimos momentos de vida com a família, esconde-se um grave problema de descontinuidade dos cuidados.	Apesar dos esforços, pouco se logra de melhoria na qualidade de vida de quem morre por uma doença em fase terminal no domicílio, sob os cuidados do SUS. A abordagem precisa ser pensada e se tornar uma ação de apoio da equipe.
16	Corrêa et al., 2011	Analisar a concepção de usuários de uma UBS sobre acesso, acolhimento e vínculo	Pesquisa qualitativa, realizada através de entrevistas semiestruturadas	Usuários de uma UBS	Acolhimento Integralidade Acesso	Os resultados apresentam o acesso concebido de forma nem sempre positiva devido à demora no atendimento e baixa resolutividade, induzindo a busca por outros serviços. A integralidade das ações depende do acesso aos serviços.	O desconhecimento de seus direitos como usuários e a incipiente organização da rede de serviços explicam, em alguma medida, a percepção do usuário, apontando para a necessidade de reorganização do serviço e da própria rede, como porta de entrada do sistema.
17	Seoane, 2012	Analisar a percepção de médicos e enfermeiros sobre humanização nos serviços de saúde	Pesquisa qualitativa, realizada através de entrevista com questões abertas	Enfermeiros e médicos da APS	Humanização, integralidade, acolhimento e privacidade	A humanização é apreendida com aspectos comuns como integralidade, direitos dos usuários, dificuldades nas relações, valorização do profissional e ambiência. Quando consideram o serviço onde prestam atendimento, acrescentam a alteridade, trabalho em equipe, acesso ininterrupto, avaliação de risco, respeito à autonomia, vínculo e respeito à privacidade.	A percepção sobre humanização tem sentidos distintos e significados variados. Situações comuns e particulares a cada tipo de serviço são vividas no cotidiano, influenciando a percepção sobre humanização.
18	Nascimento e Pekelman, 2012	Analisar as percepções acerca de acesso e acolhimento e como se inter-relacionam no cotidiano	Abordagem qualitativa, com a realização de grupos focais	Usuários e trabalhadores de UBS	Humanização, acolhimento, acessibilidade e comunicação	Após a implantação do acolhimento houve, melhora qualitativa do acesso à unidade, através de um atendimento humanizado e satisfatório. Os trabalhadores, apesar de reconhecerem as mudanças positivas no acesso, referiram sobrecarga de trabalho e desmotivação na manutenção do projeto.	A produção de saúde é possível, a partir do vínculo entre usuários e trabalhadores, não apenas com vistas à garantia de cuidados aos usuários, em conformidade com a responsabilidade ética, mas com um olhar, uma escuta e um agir humanizado.

APÊNDICE 3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Profissional da Saúde

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado *“Vivência de Profissionais da Atenção Primária à Saúde relativa aos direitos dos usuários”*. Tem como objetivo compreender a vivência desses Profissionais em relação aos direitos dos usuários.

Essa pesquisa é desenvolvida por Maristela Santini Martins, aluna da Pós-Graduação, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). É orientado pela Profa. Dra. Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e foi autorizado pela Diretoria do PSF UNASP.

Sua participação é voluntária e acontecerá através da realização de uma pesquisa-ação. Esse tipo de pesquisa caracteriza-se pela participação ativa dos envolvidos. Será montado um grupo de trabalho, com representantes das seguintes categorias profissionais: Enfermeiros, Médicos, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitário de Saúde e Auxiliares Técnicos Administrativos. O grupo será composto por cerca de 20 Profissionais.

Você participará de encontros com periodicidade mensal denominados seminários. Nos seminários acontecerão discussões relacionadas aos direitos dos usuários, em sua experiência no dia-a-dia de trabalho na Unidade Básica de Saúde. Buscaremos trabalhar com três aspectos: levantamento de problemas e proposição de soluções, reflexão sobre sua prática e produção de novos conhecimentos.

Os novos conhecimentos gerados serão sintetizados e publicados em formato de um livreto, com cerca de 50 páginas, dividido em capítulos, o primeiro e o último serão escritos pela pesquisadora, os demais serão escritos pelo grupo de trabalho envolvido na pesquisa, onde seu nome constará como autor.

É preciso que você saiba que os dados coletados não serão tratados individualmente, e sim, que as falas, os problemas levantados, as soluções

propostas e as vivências serão atribuídas ao grupo, garantindo o anonimato das informações. Porém, uma vez que, ao final da pesquisa se pretende publicar o livreto com o conhecimento produzido pelos participantes, conferindo-lhes o crédito da autoria, não é possível assegurar o anonimato da participação. Em suma, ao final do estudo, com a publicação do livreto, será possível identificar quem participou, entretanto, não será identificável a autoria das falas e contribuições individuais.

Informo, ainda, que objetivando aperfeiçoar a coleta de dados, os seminários serão filmados, porém, as imagens não serão divulgadas, apenas a pesquisadora terá acesso e que os resultados serão apresentados e divulgados através de eventos e publicações científicas e que todos os custos para a realização deste trabalho correrão por conta da Pesquisadora.

Em qualquer etapa, você poderá esclarecer dúvidas a respeito do estudo ou fazer sugestões através do e.mail maristelasanti@usp.br ou pelos telefones 2128-6381 e 98389-0845.

Caso você concorde em participar, por favor, assine as duas vias deste Termo de Consentimento, segure uma para si e devolva uma para a Pesquisadora.

Coloco-me à disposição, e desde já agradeço sua valiosa contribuição.

Concordo em participar da pesquisa.

Nome e assinatura do participante da pesquisa.

Assinatura da pesquisadora

São Paulo, ____ de _____ de 2014.

Contatos dos CEP:

EEUSP: 3061-7548 e e.mail edipesq@usp.br.

SMS-SP: 3397-2464 e e.mail smscep@gmail.com.

ANEXO 1: GUIA PARA LEITURA DE ESTUDOS QUALITATIVOS

GUIA PARA LEITURA DE ESTUDOS QUALITATIVOS (SANDELOWSKI & BARROSO, 2003)

Os seguintes parâmetros devem ser utilizados em termos de presença (sim/não) e relevância (sim/não).

ITEM	S/N
1 PROBLEMA	
1.1 Está explicitado	
1.2 Está delimitado	
1.3 Tem relação com o tema sob estudo e a revisão de literatura	
1.4 Tem relação com o propósito da pesquisa ou à razão da pesquisa e não simplesmente diz que não tem estudo sobre o tema	
2 PROPÓSITO	
2.1 Existem propósitos ou questões de pesquisa claramente discerníveis	
2.2 Eles possuem relação com o problema e/ou à revisão de literatura	
2.3 As questões da pesquisa podem ser respondidas por meio da pesquisa qualitativa	
3 LITERATURA	
3.1 A Literatura relevante está incluída	
3.2 A revisão está relacionada com o problema	
3.3 A revisão reflete o conhecimento do pesquisador e o tema sob estudo	
3.4 A revisão demonstra uma atitude crítica ao contrário se simplesmente sumarizar os resultados das pesquisas	
3.5 A revisão revela uma lógica e aponta para o propósito da pesquisa	
4 REFERENCIAL TEÓRICO	
4.1 Há uma estrutura de referência explícita ou implicitamente colocada	
4.2 Se explícita, a estrutura da referência está precisamente delimitada	
4.3 Se implícita, a estrutura da referência enquadra o fenômeno	
4.4 Se explícita como uma estrutura que serve como guia, ele desempenha um papel claro no desenho da pesquisa	
4.5 A apresentação da estrutura teórica clarifica como o pesquisador caminha no seu campo de estudo	
5 MÉTODO	

5.1 Há um método implícito ou explícito	
5.2 O método permite alcançar o objetivo do estudo	
5.3 O método é claramente descrito	
5.4 O uso de técnicas relacionadas ao método é explicado quando a amostra teórica é usada	
6 AMOSTRAGEM	
6.1 O plano amostral é coerente com a proposta da pesquisa e o método empregado	
6.2 O plano amostral é propositivo	
6.3 O plano amostral é claramente descritivo	
6.4 Estratégias de recrutamento estão de acordo com o propósito da pesquisa e a estratégia amostral	
7 AMOSTRA	
7.1 O tamanho e configuração da amostra está de acordo com a proposta do estudo e a estratégia amostral	
7.2 A configuração e tamanho da amostra dão suporte à saturação teórica	
7.3 A configuração e tamanho da amostra dão suporte aos dados, de forma abrangente e holística	
7.4 A configuração e tamanho da amostra dão suporte aos resultados	
7.5 A amostra é apresentada de forma orientada no caso e não nas variáveis	
7.6 Fatores da amostragem que são cruciais à compreensão dos resultados estão descritos	
7.7 Os modos de recrutamento consideram a evolução dos resultados	
8 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS E FONTES DOS DADOS	
8.1 Técnica e fonte de coleta de dados possuem relação com os propósitos da pesquisa	
8.2 Técnicas de coleta específicas estão descritas	
8.3 Técnicas de coleta estão precisamente descritas	
8.4 As fontes de dados apresentados se configuram como fontes dos resultados	
8.5 Técnicas de coleta estão corretamente usadas	
8.6 A sequência e tempo de coleta estão de acordo com o cada propósito da pesquisa	
8.7 Locais estão apropriados para coleta	
8.8 Alterações nas coletas foram feitas conforme necessidade do estudo	
8.9 O período de coleta está claramente explicitado	
9 MANEJO DOS DADOS	
9.1 Técnicas de manejo dos dados estão de acordo com o propósito do estudo e os dados	

9.2 Técnicas de manejo específicas estão descritas	
9.3 Técnicas de manejo estão precisamente descritas	
9.4 Técnicas de manejo estão usadas corretamente	
9.5 Há um plano claro para correlacionar as entrevistas, as observações, as documentações e outros dados	
10 RESULTADOS	
10.1 Os dados apresentados estão distinguíveis considerando o conjunto de dados	
10.2 Os resultados estão separados das discussões	
10.3 Interpretações dos dados são plausíveis e suficientes, com base no que foi coletado	
10.4 Dados são suficientemente analisados e interpretados	
10.5 Os resultados estão relacionados aos objetivos do estudo	
10.6 Variações na amostra estão demonstradas	
10.7 Análise está direcionada aos casos	
10.8 Conceitos e ideias estão bem desenvolvidas	
10.9 Conceitos são utilizados de forma precisa	
10.10 Análise dos dados enfoca dados propriamente ditos	
10.11 Resultados oferecem novas informações	
10.12 Os resultados são relevantes para o uso na atualidade	
11 DISCUSSÃO	
11.1 Está baseada nos resultados da pesquisa previamente apresentados	
11.2 Estão relacionados aos resultados de outras pesquisas	
11.3 As questões relacionadas à clínica, políticas, teoria, disciplina estão consideradas	
12 VALIDADE	
12.1 Pesquisadores mostram sua influência sobre os estudos e sobre os participantes	
12.2 Limitações dos estudos estão explicitadas	
12.3 Técnicas de validação são usadas	
12.4 Técnicas usadas são adequadas para o estudo	
12.5 Técnicas usadas são precisamente descritas	
12.6 Técnicas usadas são corretamente usadas	
13 ÉTICA	
13.1 Benefícios e riscos estão descritos	
13.2 Técnicas de recrutamento e consentimento estão apresentadas	
13.3 Coleta e análise de dados considera a sensibilidade do participante	

13.4 Exemplos de falas dão suporte aos resultados e preservam os sujeitos	
14 FORMA	
14.1 Estilo literário tem relação com o propósito, método, etc	
14.2 Elementos da pesquisa são colocados em local que os leitores os encontrem	
14.3 Coerência lógica na apresentação	
14.4 Dados organizados	
14.5 Visual bem cuidado	
14.6 Significados numéricos de termos como maioria, alguns (most, some) estão claros	
14.7 A referência empírica em relação aos conceitos está clara	
14.8 Temas e conceitos são apresentados de forma comparativa e paralela	
14.9 Título do artigo e das seções refletem o conteúdo do artigo e das seções	
14.10 A forma fixa a audiência do artigo	
15 PÁGINA DE ROSTO	
15.1 Citação completa	
15.2 Autores e afiliação	
15.3 Financiamento	
15.4 Agradecimentos	
15.5 Período de coleta	
15.6 Data de submissão e aceitação	
15.7 Tipo de publicação (revista, tese, conferência)	
15.8 Modo de recuperação	
15.9 Descritores e palavras-chave	
15.10 Abstract	
15.11 Data da leitura	
15.12 Propósito da leitura	
15.13 Leitor (parecerista)	
15.14 Filiação do parecerista	

ANEXO 2: FICHA PARA EXTRAIR INFORMAÇÕES DE ARTIGOS

PERIÓDICO:				VOL/Nº/ANO:			
TÍTULO DO ARTIGO:							
DOI:							
AUTORIA: (incluindo credenciais)							
RETIRADO DE TESE/ DISSERTAÇÃO?		S	N	REFERÊNCIAS RELEVANTES:		PROJETO FINANCIADO?	
						S	N
LOCAL/ INSTITUIÇÃO DO ESTUDO:			PAÍS, ESTADO, CIDADE DO ESTUDO:			PERÍODO DA COLETA DE DADOS:	
OBJETIVOS:							
MÉTODO		TIPO DE PESQUISA:					
		SUJEITOS (quem, nº):					
		CENÁRIO DO ESTUDO:				Local de Coleta:	
		ANÁLISE DOS DADOS:					
RESULTADOS: (considerar amostra, período, fonte de informação e comparação/referência)							
Avaliação Geral:							
Primeiro revisor e data:							
Segundo revisor e data:							
Zoboli, ELCP e Schweitzer, MCS. Ficha para extrair informações de artigos para Revisão Sistemática. Workshop de Revisão Sistemática Qualitativa. São Paulo, EEUSP, Abril de 2013. Adaptado de: Knafl, K., & Sandelowski, M. (Multiple Principal Investigators). "Mixed-methods synthesis of research on childhood chronic conditions and family" funded by National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health, R01NR012445, September 1, 2011-June 30, 2016.							