



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

**MARIA AUGUSTA TRINDADE CERQUEIRA**

**O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO  
NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE SALVADOR – BRASIL:  
OS DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**SALVADOR – BAHIA  
2017**

**MARIA AUGUSTA TRINDADE CERQUEIRA**

**O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO  
NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE SALVADOR – BRASIL:  
OS DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Marilda Castelar

**SALVADOR – BAHIA  
2017**

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

C411 Cerqueira, Maria Augusta Trindade  
O atendimento psicológico na rede pública de saúde de Salvador –  
Brasil: os desafios da humanização. / Maria Augusta Trindade Cerqueira –  
Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2016.

90 f.

Dissertação (mestrado) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.  
Requisito para obtenção de título de Mestre em Tecnologia, 2016.

Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Marilda Castelar

1. Política de saúde. 2. Humanização 3. Psicologia I. Castelar, Marilda  
II. Escola Bahiana de Medicina e Saúde. III. Título.

CDU: 159.9:614

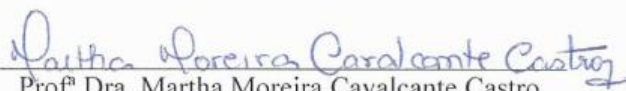
MARIA AUGUSTA TRINDADE CERQUEIRA

**O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO  
NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE SALVADOR – BRASIL:  
OS DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO**

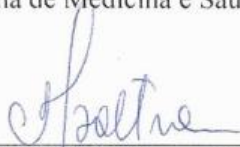
Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Local, 13 de dezembro de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof<sup>a</sup> Dra. Martha Moreira Cavalcante Castro  
Doutora em Medicina e Saúde  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Ramos Daltro  
Doutora em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Beatriz Barreto do Carmo  
Doutora em Ciências  
Universidade Federal da Bahia

**Dedico com amor:**

À Energia Criativa do Universo,  
Pela fantástica experiência da vida!

À minha filha e aos meus filhos,  
Erika, Alex e Victor,  
Pelo que são como pessoas muito especiais,  
O meu reconhecimento e agradecimento por tudo!!!

**E também com amor:**

Ao meu neto e às minhas netas,  
Felipe, Isabella e Sofia,  
E aos netos e netas, que ainda virão,  
Pela amorosa presença que cada um é!

Ao meu genro e às minhas noras,  
Paulo Sérgio, Tatiana e Ana Paula,  
Pelo jeito tão especial de ser de cada um!

Ao meu pai, Erik,  
Pelo seu modelo e por todas as lembranças!  
À minha mãe, Lourdes,  
Pelas significativas lições e pelo grande apoio!

À minha grande família, pelo jeito acolhedor de ser!  
Em especial aos meus avós, pelas suas histórias de vida!

À minhas amigas e amigos de todos os tempos,  
Pela alegria na amizade reconhecida!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao coordenador do Mestrado Tecnologias em Saúde, Prof. Dr. Marcos Almeida, pelo incentivo, grande apoio e por todos os ensinamentos.

À orientadora do meu projeto de pesquisa, Prof. Dra. Marilda Castelar, pela orientação, solícita presença e competente acompanhamento.

À FAPESB, pelo importante suporte à realização da pesquisa.

Aos professores de todas as disciplinas do curso, pelos ensinamentos.

Aos funcionários da pós-graduação e aos demais da EBMSP, pela gentileza e competência em suas funções.

À SESAB, à SMS, ao Distrito Sanitário e Unidades de Saúde, pela autorização de acesso ao campo da pesquisa.

A todos os psicólogos participantes da pesquisa, pela colaboração e pelo interesse em partilhar seus conhecimentos e sua experiência profissional.

À banca examinadora deste projeto, pela avaliação e pelos importantes comentários.

Aos queridos colegas das turmas 2013 e 2014, por todas as lembranças.

Ao agradável espaço da EBMSP, em especial às frondosas árvores, pela silenciosa e forte presença.

\*Aproveito a oportunidade para, de forma muito especial, agradecer às instituições de ensino, por onde passei, e aos cursos em que participei. Agradecer a todos os professores e reverenciar todos os mestres, que busquei, encontrei e com quem aprendi por todo o meu caminho de formação pessoal e profissional.

Pensamento impresso no meu convite de  
Formatura em Psicologia  
UFBA - 1978

“Não aspiro a iluminar os homens com a minha lanterna,  
a minha única ambição é ajudá-los a contemplar melhor o Sol”.  
Gustave Thibon

Agradeço à Gustave Thibon,  
Para, inspirada em suas palavras,  
De outra forma, hoje, dizer:

“Aspiro a participar do processo,  
Para iluminar homens e mulheres  
Com a minha lanterna.  
Uma das minhas ambições é  
ajudá-los a contemplar melhor o Sol.”

Maria Augusta Trindade Cerqueira  
Mestranda em Tecnologias em Saúde  
EBMSP – 2016

## RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HumanizaSUS, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, visou efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no cotidiano das práticas de gestão e atenção à saúde, com a proposta de aperfeiçoamento dos serviços na rede pública de saúde, no Brasil. Esta pesquisa teve como objetivo analisar a aplicabilidade da proposta da PNH, a partir do atendimento psicológico, em Salvador – Ba, bem como analisar as diretrizes acolhimento e clínica ampliada, no atendimento aos usuários da rede pública de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que se constituiu em um estudo descritivo e exploratório, utilizou o método da história oral e a técnica de análise temática do seu conteúdo. Para a coleta de dados, optou-se por entrevistas com roteiro semiestruturado, aos psicólogos, em unidades da rede pública de saúde. Os resultados demonstraram que os profissionais de psicologia identificam e relacionam a diretriz acolhimento em suas práticas de atendimento, identificam a clínica ampliada, mas não relacionam plenamente a referida diretriz ao seu campo de atuação. Os entrevistados consideram humanizado o seu atendimento prestado ao usuário, no entanto, o atendimento psicológico apresenta algumas deficiências locais, na rede de atenção à saúde e no acolhimento com resolutividade. Dessa forma, este estudo demonstrou que o atendimento psicológico não atende aos princípios da PNH. Visando contribuir para o aperfeiçoamento da referida política, sugere-se: a intensificação dos investimentos na gestão em saúde; a ampliação da discussão sobre a PNH, no âmbito da formação acadêmica do psicólogo e, em especial, a capacitação para os profissionais de saúde, incluindo o princípio da transversalidade, nesse caso, para ampliar a comunicação intrapessoal, para o autoconhecimento em relação ao trabalho e desenvolvimento almejado.

Palavras-chaves: Política de Saúde. Humanização. Diretrizes. Acolhimento. Psicologia.



## **ABSTRACT**

The Humanization National Policy (PNH), known as HumanizaSUS, was founded in 2003 by the Health Department, aiming to implement the principles of the Unified Health System (SUS), in the daily management and healthcare practices, with the objective of improving healthcare public services in Brazil. This research aimed to analyze the applicability of PNH proposal, in terms of the psychological care, in Salvador- BA, as well as to analyze the welcoming environment guidelines and expanded clinical to users of the public health network. It is a qualitative research, which consisted of a descriptive and exploratory study, utilizing oral history methodology and the technique of thematic analysis of its contents. To collect the data, it was opted to interview psychologists, from the public healthcare network, with a semistructured script. The results demonstrated that psychology professionals identify and related the welcoming environment guidelines in their healthcare practices, they identify the expanded clinical guidelines but they do not fully relate that guideline to their work field. The interviewees consider their psychological care provided to the users, is humanized, however the psychological care, have some local deficiencies in the healthcare network and lack of effectiveness, in the welcoming environment. This research study demonstrated, that the psychological care provided, does not fulfill the PNH founding principles. As an effort to contribute to the improvement of PNH, this study recommends: an increase in the investment in healthcare management; the expansion of the discussion about PNH, in terms of academics studies of psychologists and, especially, the training to healthcare professionals, including the principle of mainstreaming of PNH, in order, to expand the intrapersonal communication, to increase self-knowledge in relation to professional growth and the desired level of development.

**Key words:** Health policy. Humanization. Guidelines. Welcoming environment. Psychology.

## **LISTA DE QUADRO**

Quadro 1- Perfil dos Participantes.....	43
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CDUS</b>	Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde
<b>CEP</b>	Conselho de Ética em Pesquisa
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DS</b>	Distrito Sanitário
<b>EBMSP</b>	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>SESAB</b>	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>VISA</b>	Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	15
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	15
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	15
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
<b>3.1 Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS</b> .....	16
3.1.1. O Contexto histórico e o processo de formulação da PNH .....	16
3.1.2 Os Pilares da PNH: Princípios – Métodos – Dispositivos – Diretrizes .....	21
<b>3.2 A Psicologia na PNH</b> .....	26
3.2.1 Práticas do Psicólogo .....	29
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	34
<b>4.1 Desenho do Estudo</b> .....	34
<b>4.2 O Campo da Pesquisa</b> .....	34
<b>4.3 Seleção dos Participantes</b> .....	37
<b>4.4 Procedimentos e Instrumentos para a coleta de dados</b> .....	37
<b>4.5 Aspectos Éticos</b> .....	38
<b>4.6 Análise dos Dados</b> .....	39
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	41
<b>5.1 Observações sobre o Campo da Pesquisa</b> .....	41
<b>5.2 Caracterização dos Participantes</b> .....	43
<b>5.3 A Humanização no Acolhimento</b> .....	44
<b>5.4 A Humanização na Clínica Ampliada</b> .....	49
<b>5.5 Análise integrada dos resultados: Humanização no Acolhimento e na Clínica Ampliada</b> .....	53
<b>5.6 Limitação e Perspectiva do Estudo</b> .....	56
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	57
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	60
<b>APÊNDICES</b> .....	48
<b>ANEXOS</b> .....	70

## APRESENTAÇÃO

Escolhi a Psicologia como a base da minha formação acadêmica universitária. Escolhi a área clínica para atuar, de forma principal, e tive grandes oportunidades de aprender e exercer o meu trabalho. Passei por várias abordagens em psicologia, no meu processo de formação pessoal e profissional. A primeira delas, no meu estágio supervisionado, na Abordagem Centrada na Pessoa. Essa estreia me permitiu uma abertura com anseio de querer saber mais, o que aconteceu alguns anos depois, quando tive a feliz oportunidade de vivenciar um encontro de 10 dias, num treinamento intensivo, com o criador da referida abordagem, o Prof. Dr. Carl Rogers. E aí, num marco muito especial, vendo o mestre, facilitar um grande grupo multidisciplinar, a minha base se firmou.

Passei por outras abordagens em psicologia, através de cursos, treinamentos, especialização e também através de processos pessoais de psicoterapia individual e de grupo: na Psicanálise, na Análise Transacional, na Abordagem Centrada na Pessoa, no Pathwork, na Psicologia Transpessoal. Nesse ponto do caminho, ao conhecer a Psicologia Transpessoal, um novo portal se abriu, na compreensão e ampliação da percepção. Participei de vários módulos de treinamento, em alguns estados do Brasil, e também no exterior, em Dharamsala-Índia, cidade e residência oficial de S.S. Dalai Lama e tibetanos, no exílio, num singular e marcante módulo, da referida especialização, com os Himalaias e o povo tibetano, como cenário e inspiração. A partir das reflexões e da afinidade com a Psicologia Transpessoal, procurei integrar o aprendizado, com as outras abordagens que conheci.

Paralelamente a esse processo de formação, atuei como profissional na área clínica, em consultório particular, e na área da saúde pública. Trabalhei para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em uma unidade de hospital psiquiátrico, onde atuei como psicóloga no decorrer dos anos, nos vários níveis de atendimento: ambulatório infanto-juvenil, no ambulatório para adultos, na unidade de internação e, por dois anos, coordenei o serviço de psicologia.

Na área da saúde pública, trabalhei também, anos mais tarde, para a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), numa das unidades do Centro de Apoio Psicossocial, CAPS, onde tive a oportunidade de desenvolver várias atividades, frente à já presente,

proposta da PNH. Nesse degrau do CAPS, tive a oportunidade de realizar atendimento individual; atendimento grupal; grupos de família; acolhimento e triagem de pacientes; grupo de apoio aos cuidadores das residências terapêuticas; treinamento a agentes comunitários; grupo de teatro para os pacientes; apresentei projeto e implantei uma biblioteca para os pacientes e técnicos desse CAPS; criei um serviço de autoatendimento de textos de autoconhecimento, na sala de espera; propus projeto para implantação do Cine CAPS, exibindo, posteriormente, filmes reflexivos para os pacientes; realizei palestra sobre Ética para a Humanização do Serviço Público de Saúde, para profissionais de equipe multidisciplinar, na sede do distrito de saúde do referido CAPS.

A minha experiência como psicóloga na área da saúde pública me conduziu a reflexões sobre o direito do usuário, o dever e as possibilidades do profissional quanto ao atendimento humanizado. Daí a escolha do tema para o meu projeto de pesquisa. O processo do presente mestrado, Tecnologias em Saúde, foi bastante enriquecedor, de uma forma geral, através das orientações dos professores nas várias disciplinas e, de forma específica, quanto ao aprendizado para a realização de pesquisa científica, além do especial contato com os colegas. O estudo proposto foi um desafio que me ajudou a ampliar conhecimentos sobre a minha área de atuação profissional e me conduziu a reflexões sobre o papel da psicologia e o atendimento psicológico frente à proposta da PNH. Possibilitou, também, desenvolver uma maior consciência crítica sobre as questões que se apresentaram às novas perspectivas sobre a minha prática como psicóloga e formas de colaborar, através da publicação de artigos, para o aperfeiçoamento do atendimento psicológico na rede pública de saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

A presença e a atuação de psicólogos, na rede pública de saúde, são de especial importância para a história e para o processo de desenvolvimento da psicologia e da saúde coletiva no Brasil. Esse avanço foi impulsionado por forças sociais envolvendo gestores, profissionais de saúde e usuários, interessados em melhorias das condições de saúde da população, cujas propostas concretas consolidaram-se em conferências nacionais de saúde e em conferências específicas de saúde mental. Nesse sentido, a política de recursos humanos em saúde, incentivava a formação de equipes multidisciplinares no anseio pela qualidade e aperfeiçoamento, na promoção da saúde pública no Brasil, que culminou com o surgimento da Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, criada pelo Ministério da Saúde em 2003<sup>(1)</sup>.

Entretanto, apesar das muitas ações e conquistas desde a implantação da PNH, ainda são observadas dificuldades que impedem o seu pleno êxito<sup>(2)</sup> e, apesar das muitas pesquisas já realizadas e da considerável produção de artigos científicos sobre o assunto, possivelmente em função da natureza do objeto de estudo da psicologia, existem poucos estudos referentes a humanização, assim como sobre a prática do profissional psicólogo, no campo da saúde pública<sup>(3)</sup>, na cidade de Salvador – Bahia, mesmo diante da relevância do tema. A presente pesquisa propôs-se a participar do preenchimento dessa lacuna, visando conhecer o entendimento dos psicólogos (as) sobre a PNH e o atendimento psicológico frente à proposta da referida política, contribuindo com sugestões para o seu aperfeiçoamento.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), “instituído com a promulgação da Constituição brasileira, em 1988, baseado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado”<sup>(4)</sup>, é uma conquista na área da saúde pública nascida das lutas sociais pela democracia do país. Entretanto, os inúmeros desafios que ainda existiam após sua criação, convocavam a manutenção da busca de soluções. Com a área da saúde caracterizada por graves problemas relacionais e de práticas, como a qualidade dos serviços, a reivindicação dos trabalhadores pela melhoria das condições de trabalho, falta de maior diálogo entre trabalhadores, usuários e gestores<sup>(5)</sup>, levaram à construção de outros parâmetros para o campo da saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) surge como uma aposta na mudança das práticas pela valorização de processos sociais e subjetivos, ou seja, pela aposta em

tecnologias relacionais para produzir saúde. E, a partir de meados de 2003, a PNH se fortalece como estratégia, como política transversal na rede, com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e gestão da saúde no Brasil<sup>(6)</sup>.

Em Salvador (BA), mesmo considerando-se as conquistas de forma geral do HumanizaSUS, pode-se supor que entraves também existam, no que se refere ao atendimento psicológico à população. A PNH preconiza que, na assistência, são necessários solidariedade e apoio social que, nesse sentido, pode-se relacionar ao compromisso social da psicologia<sup>(7)</sup>.

Para atingir os objetivos propostos, a presente pesquisa propôs-se a utilizar a abordagem qualitativa, através de um estudo descritivo e exploratório, usando o método da História Oral e a técnica de análise temática de seu conteúdo. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado, aos psicólogos (as), em unidades de saúde de um dos distritos sanitários de Salvador – Bahia. Como resultados, verificou-se que nem sempre o atendimento psicológico resulta em um acolhimento resolutivo, considerando-se, portanto, que, no campo da pesquisa, o atendimento psicológico não atende aos princípios da PNH.

Visando contribuir para o HumanizaSUS, no que se refere à humanização do atendimento psicológico aos usuários da rede pública de saúde, pretende-se a publicação de artigos, como incentivo ao profissional de psicologia, quanto à reflexão crítica sobre a sua prática, para o aperfeiçoamento almejado.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a aplicabilidade da proposta da Política Nacional de Humanização (PNH), na prática do psicólogo, em unidades da rede pública de saúde, em Salvador – Ba.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Compreender como profissionais de psicologia identificam e relacionam em suas práticas a diretriz acolhimento, mediante a PNH.
  
- Identificar como os psicólogos da rede pública, relacionam a prática da diretriz clínica ampliada, no atendimento psicológico, mediante a PNH.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS

A Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003. A sua estrutura interna pauta-se em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia para o protagonismo dos sujeitos <sup>(1)</sup>. Objetiva colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar<sup>(5)</sup>.

##### 3.1.1. O Contexto histórico e o processo de formulação da PNH

Visando situar a PNH no contexto histórico da saúde pública, alguns fatos marcantes são destacados, sem os detalhar, na história da saúde pública no Brasil, a partir de 1970. No início da referida década, nasceu o Movimento da Reforma Sanitária que contribuiu para produzir consensos, quanto à direção para a efetivação de importantes mudanças no campo da saúde <sup>(8)</sup>. Diversos movimentos, com os mesmos ideais foram se unindo em defesa do sistema de saúde hierarquizado e um Sistema Único de Saúde, que enfatizasse a adoção de medidas preventivas na saúde <sup>(9)</sup>. Com o processo de democratização da saúde, ganhou mais força o movimento social da saúde com a organização de propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(10)</sup>. O Movimento Sanitário foi o grande articulador desse processo, pois produziu uma mobilização e integração, fortalecendo o debate que fundamentou uma nova base para a política de saúde no Brasil, estabelecida pela Constituição de 1988, que reconheceu o papel do Estado na garantia da saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde produziu também uma nova ideia de saúde, como um processo, socialmente determinado, além da manifestação de patologias, porém condicionado a vários outros fatores<sup>(11)</sup>, concepção que está de acordo com o que a Organização Mundial de Saúde (OMS), agência das Nações Unidas para esse fim, define

como saúde: “não somente como a ausência de doenças, mas como um estado de completo bem-estar biopsicossocial”<sup>(12)</sup>. A OMS também trabalha para atingir o objetivo de qualidade de saúde para todos os povos<sup>(12)</sup>. No Brasil, o Ministério da Saúde também aponta para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doenças, mas a uma vida com qualidade<sup>(13)</sup>.

Outro fato marcante aconteceu em 1989, quando foi apresentada ao Congresso Nacional a Lei (n. 10216) da Reforma Psiquiátrica, que foi sancionada posteriormente<sup>(3)</sup>. Em 1990, a Lei 8.080, (Lei Orgânica da Saúde), que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes regulou, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde<sup>(14)</sup>. Porém, uma nova base jurídica não estabelece a garantia da produção das mudanças propostas, nem tampouco no ritmo desejado, para a sua realização<sup>(15)</sup>. Do mesmo modo, a base teórica não garante mudanças. Portanto, a sua implementação, na prática dos serviços de saúde, não se manteve com a mesma força das propostas na realidade do SUS<sup>(16)</sup>.

Apesar das muitas conquistas e dos avanços significativos, a concretização do SUS foi e ainda é dificultada, por muitos desafios, à sua plena efetivação e superação do modelo antigo criticado, de atenção à saúde, como, por exemplo, no que se refere às condições de trabalho, à falta de valorização do profissional de saúde, divisão na relação entre os profissionais, na rede de assistência e no vínculo com o usuário<sup>(8)</sup>, além da falta de investimentos para capacitação, dificuldades quanto à gestão participativa proposta e quanto à inclusão, tanto de profissionais quanto de usuários no processo de produção de saúde<sup>(17)</sup>.

Vários outros problemas apresentavam-se no dia a dia das unidades da rede pública de saúde: problemas com filas, falta de sensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento do usuário, práticas de gestão autoritária, deficiências nas condições de trabalho<sup>(18)</sup>. Logo, apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) ser uma conquista na área da saúde pública, inúmeros desafios que ainda existiam após a sua criação convocavam à manutenção na busca de soluções. Com o passar dos anos, muitos outros desafios convidavam à continuidade da manutenção da militância no campo da saúde. Todas essas questões levaram à construção de outros parâmetros para o campo da saúde, demonstrando a importância da implementação de uma política que atendesse a tais necessidades.

Diante dos desafios apresentados pelo SUS e a intenção de afirmar o seu caráter constituinte, é que surgiu a proposta da criação da Política Nacional de Humanização. Como política, a humanização deveria ser a base para traduzir os princípios do SUS, principalmente quanto ao modo de cogestão e de participação coletiva, que deveria ser a base da construção da PNH, como política pública<sup>(19)</sup>.

Alguns autores, como Benevides e Passos, relatam que, no ministério, já circulavam propostas de programas envolvendo a referida questão e o SUS, o que estimulou a necessidade de redefinir o conceito da humanização e também a maneira de se construir uma política pública e transversal de humanização na saúde<sup>(20)</sup>. E, ainda baseado nesse ponto de vista, o tema humanização não iniciou um novo movimento, mas já estava na pauta de alguns movimentos, como o movimento feminista, desde 1960, ganhando impulso a partir da década de 1990, com projetos e ações que foram dando forma de maneira gradual ao campo mais atual da humanização<sup>(20)</sup>. Entretanto, as conferências de saúde ampliaram o debate sobre as questões nesse campo. Em 2000, foi realizada XI Conferência Nacional de Saúde<sup>(21)</sup>, que discutiu assuntos referentes à divulgação do SUS, recuperação da imagem do serviço público de saúde, criação de políticas intersetoriais, fortalecimento da participação popular, qualidade da assistência, aprimoramento das condições de trabalho e capacitação profissional, acessibilidade ao sistema de saúde, entre outros assuntos<sup>(21)</sup>. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização de Atenção Hospitalar (PNHAH), iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização, voltados para a melhoria da qualidade da atenção e, mais tarde, com foco também no trabalhador<sup>(22)</sup>.

Vários fatores contribuíram para a inserção, na pauta da agenda política, do tema humanização. A partir de meados de 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) se fortalece como estratégia, como política transversal na rede, com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil<sup>(23)</sup>, buscando alcançar seus objetivos de consolidação da humanização na rede de atenção<sup>(24)</sup>. A PNH reconhece a importância de todos os atores envolvidos no processo (usuários, trabalhadores e gestores) para a modificação de práticas, culturas e sujeitos<sup>(24)</sup>. É uma política que pretende realizar mudanças na atenção à saúde e possibilitar a efetivação do SUS.

A PNH é uma política de saúde que se insere no conjunto das políticas públicas sociais<sup>(25)</sup>. Segundo o Ministério da Saúde, a PNH aposta numa ampla inserção no sistema de saúde e, por isso, difere de outros programas, por não se restringir a ações pontuais<sup>(26)</sup>. Essa concepção possibilita à PNH uma maior influência de seus pressupostos nos vários planos de ação e políticas do SUS, visando empreender sua influência no sistema de saúde e atingir seus objetivos de mudança e efetivação. Benevides e Passos, em um de seus textos, discutem a humanização como dimensão pública das políticas de saúde e sobre a influência das experiências coletivas na geração das políticas públicas. Dessa forma, a PNH opera no limiar do plano coletivo e da política estatal, porém, sem identificação a um governo específico<sup>(20)</sup>.

A PNH surgiu como uma aposta na mudança das práticas da promoção da saúde, pela valorização de processos sociais e subjetivos. O processo de formulação da PNH levou a um debate mais abrangente sobre o tema dentro e fora do ministério, provocando uma maior dinâmica no processo, evidenciando também conflitos. Dessa forma, a base da PNH está também na integração de projetos e programas de humanização da assistência, que objetivou unir as iniciativas, que estavam separadas, fazendo, assim, uma articulação para fortalecer as ações<sup>(26)</sup>. De forma simultânea, foi utilizada uma estratégia no processo de formulação e fortalecimento da PNH, que visa institucionalizar e difundir essa ideia para que a sociedade possa se apropriar de seus resultados, através dos seguintes eixos de ação: eixos das instituições do SUS; da gestão do trabalho; da educação permanente; da informação e comunicação; da atenção; do financiamento e o eixo da gestão da PNH<sup>(24)</sup>.

Outra estratégia utilizada no processo de formulação da PNH, para o seu fortalecimento, são os princípios norteadores: valorização da dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão do SUS, com o fortalecimento do compromisso com o direito do cidadão e respeito às diferenças de gênero, cor, etnia, orientação sexual; fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, incentivando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, comprometidas com a produção de saúde; construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos relacionados à rede do SUS; corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção à saúde; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS<sup>(24)</sup>.

A proposta da PNH são os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar a integralidade da assistência à população e ampliar as condições de garantia dos seus direitos enquanto cidadãos. O Ministério da Saúde incentiva esse debate e a promoção da humanização como um movimento para fortalecer o SUS, como política de saúde<sup>(27)</sup>.

Benevides e Passos, em um estudo, citam que a humanização preconizada pela PNH, para ganhar a força necessária e para provocar a mudança almejada, precisava vencer desafios. Os autores destacam a importância quanto à atenção ao modismo do termo, no sentido da padronização de ações e repetição dos modos de funcionar de forma sintomática, que reproduz um sentido já dado. Referem também quanto ao modo de fazer, que a construção de uma política pública não pode se manter apenas como propostas, sendo necessário alterar os modos de trabalhar e de produzir no campo da saúde<sup>(27)</sup>.

Baraúna diz que a humanização é um processo gradual de construção que pode ser realizada através do compartilhamento de conhecimentos e que, nesse contexto, humanizar é estar aberto para contribuir com o outro, de forma ética<sup>(28)</sup>. Guestaldo destaca que é necessário humanizar, pois o sistema é, muitas vezes, considerado desumano e inadequado<sup>(29)</sup>.

Deslandes, em um dos seus textos, ao falar de humanização, cita a importância da empatia e do afeto que, nesse caso, dizem respeito em especial aos vínculos positivos no envolvimento emocional entre o cuidador e o paciente<sup>(30)</sup>. Rogers, também destacou a importância da empatia na relação entre o paciente e o profissional de saúde, no resultado do tratamento. O autor chama a atenção para a importância da compreensão empática como aspecto facilitador da relação e como uma força motriz muito poderosa<sup>(31)</sup>.

Um SUS humanizado reconhece as pessoas como cidadãs de direito, valorizando e incentivando sua participação na produção da saúde<sup>(38)</sup>. Falar de humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar, portanto, em tornar os serviços resolutivos e de qualidade. O objetivo principal da PNH é colocar a humanização como fundamento do cuidado, com qualidade à saúde<sup>(19)</sup>.

### 3.1.2 Os Pilares da PNH: Princípios – Métodos – Dispositivos – Diretrizes

Os princípios da PNH, são: transversalidade, que é o aumento do grau de comunicação intra e intergrupos, transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde. Indissociabilidade, que é a alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir. Protagonismo, corresponsabilidade, autonomia dos sujeitos e dos coletivos, sugerindo que trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais<sup>(32)</sup>. Como política transversal, a PNH facilita a integração, articulando as ações das demais áreas e competências à sua implementação, propiciando o debate de propostas e estratégias de atuação, entre os vários níveis e entre as esferas federal, estadual e municipal, visando a consolidação dos seus objetivos<sup>(17)</sup>. Assim sendo, as mudanças almejadas na produção e prática da saúde, só acontecerão se houver cooperação, integração, parcerias, compartilhamento nas decisões e ações para a resolução das dificuldades e construção de novas propostas.

Os métodos da PNH são: inclusão de diferentes sujeitos, gestores, trabalhadores, usuários; inclusão dos analisadores sociais; inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão; inclusão do coletivo, seja como movimento organizado, seja como experiência singular dos trabalhadores de saúde, quando em trabalho grupal<sup>(32)</sup>. O método relaciona-se com a maneira de conduzir a proposta da PNH, incentivando, através da inclusão, a comunicabilidade com o objetivo de incentivar a participação coletiva.

Os dispositivos da PNH, incentivam: o acolhimento com classificação de risco; equipes de referência e de apoio matricial; projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; projetos de construção coletiva da ambiência; colegiados de gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; rede social participante; programa de formação em saúde e trabalho e comunidade ampliada de pesquisa; programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde; Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Os dispositivos impulsionam o funcionamento dos processos, visando a efetivação de mudanças (GTH)<sup>(9)</sup>.

As diretrizes da PNH, são conceitos que norteiam o trabalho: gestão participativa e cogestão dizem respeito à inclusão de novos participantes nos processos de análise e decisões compartilhadas; Valorização do trabalho e do trabalhador refere-se à importância da discussão dos profissionais de saúde, na tomada de decisões; Defesa dos Direitos do Usuário visa garantir os direitos que os usuários possuem e incentivam a divulgação e o conhecimento desses direitos conquistados buscando assegurar que sejam cumpridos, em todas as fases do cuidado; Ambiência é a atenção na criação de espaços acolhedores que favoreçam mudanças no processo de trabalho; Acolhimento que é uma escuta qualificada realizada pelos trabalhadores da saúde ao usuário; Clínica Ampliada que é uma clínica compartilhada<sup>(33)</sup>.

**O Acolhimento é uma das diretrizes em destaque para este estudo**, sendo uma das diretrizes de maior relevância para a PNH<sup>(33)</sup>. Porém, apesar da sua importância e dos avanços verificados no SUS, ainda existem dificuldades no que se refere ao acesso e à maneira como o usuário é acolhido na rede pública de saúde. O acolhimento busca atender a demanda das necessidades do usuário e o acesso às tecnologias adequadas a ele. Acolher, segundo a PNH, é assegurar que todos sejam atendidos considerando as prioridades a partir da avaliação das necessidades; reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sintetizar a relação entre equipes, serviços e usuários. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é constituído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes, serviços, trabalhadores e usuários, com sua rede socioafetiva. Esse acolhimento pode ser feito através de uma escuta qualificada, oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário<sup>(34)</sup>. O acesso e o acolhimento são considerados como essenciais à entrada do usuário na rede pública de saúde, através dos vários serviços, com base no respeito, solidariedade, reconhecimento dos direitos e autonomia de todos os envolvidos no cuidado e atenção à saúde<sup>(34)</sup>. Acolhimento, de forma geral, é atender, conforme descreve a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde<sup>(35)</sup>.

Garuzi, M. et al., numa revisão integrativa sobre acolhimento, em que o objetivo foi verificar as contribuições desse conceito para as práticas na atenção à saúde, apontam que essa diretriz promove o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando, um melhor entendimento da doença e corresponsabilização pelo tratamento. Nesse sentido, os autores colocam que o acolhimento é uma tecnologia que visa garantir o acesso aos usuários,



atendendo a demanda ou referenciando-os, implicando, portanto, em atendimento com responsabilização e resolutividade. Nesse estudo, apontam também que o vínculo facilita o desenvolvimento da confiança, que, por sua vez, favorece as orientações terapêuticas<sup>(36)</sup>.

Benevides e Passos, apontam que acolhimento pode ser entendido como atendimento integral ao usuário, desde a sua chegada, permitindo a expressão de suas necessidades, garantindo uma atenção resolutiva através da integração com outros serviços de saúde para encaminhamentos, se necessários. Para isso, os autores chamam a atenção para a importância da construção coletiva na atualização dos princípios e diretrizes da PNH, por meio das ações nas diversas unidades de saúde<sup>(27)</sup>.

Correa, et al., no texto sobre “acesso a serviços de saúde: olhar de usuário de uma unidade de saúde de família”, destacam a importância de uma real escuta, no sentido de demonstrar interesse em resolver as questões e esgotar as possibilidades de encontrar solução para as necessidades apresentadas pelo usuário<sup>(37)</sup>.

Nora e Junges, numa análise sobre as práticas de humanização na rede pública de saúde, com base nos princípios da PNH, apontam o acolhimento como uma tecnologia leve, fundamental, na prática dos serviços da rede pública, que muito tem contribuído para a mudança do modelo de assistência, porque facilita a reorganização do processo de trabalho, com base na escuta qualificada, responsabilização e compromisso com a resolutividade. Os autores indicam que muitas práticas consideradas como humanizadoras, na realidade, não promovem as mudanças nos serviços, por falta de um aprofundamento nos processos de trabalho e também pela falta de uma educação permanente nos serviços<sup>(38)</sup>.

Em um estudo sobre a PNH, como política que se faz no processo de trabalho, Filho, et al., colocam que as práticas consideradas humanizadas em saúde, quando são ações desarticuladas da análise dos processos de trabalho, perdem a sua força de produzir mudanças, deixando, assim, de atender o que está preconizado pela PNH para o acolhimento, por exemplo. Os autores destacam a importância de colocar em pauta, para discussão, a importância da comunicação lateralizada, como um ponto de debate sobre a indissociabilidade entre a atenção, a gestão, e a humanização dos serviços de saúde<sup>(39)</sup>. A partir dessa reflexão, compreende-se que o espaço de trabalho, assim como suas práticas,

nesse caso, o acolhimento com resolutividade, precisa ser construído pelos envolvidos no processo, considerando que toda atividade e todo procedimento, pressupõem acordos, debates e normas para serem realizados.

Considerar, portanto, o acesso e o acolhimento como princípios do SUS, auxilia a conquista de resultados positivos na atenção à saúde, por objetivarem a prestação do cuidado com qualidade e o compromisso de atender de forma resolutiva às necessidades de saúde do usuário. Compromisso também de atender com qualidade técnica, com práticas centradas no usuário e na família, visando o atendimento às suas necessidades de saúde. Especificamente, no que se refere ao acolhimento no atendimento psicológico, podemos utilizar o mesmo conceito, destacando, também, como fundamental, além do que já foi citado, a importância da escuta diferenciada e da atitude empática<sup>(3)</sup>. Frente às considerações, verifica-se que o acolhimento tem uma função fundamental no cuidado à saúde, por objetivar uma atenção especial e resolutiva, com qualidade técnica, que reflita um atendimento humanizado e ético<sup>(40)</sup>.

**A Clínica Ampliada também é uma diretriz em destaque para este estudo**, sendo uma ferramenta teórica e prática que tem por objetivo contribuir para uma abordagem clínica da doença e do sofrimento, que leva em conta a individualidade, a singularidade do usuário e a complexidade do processo saúde-doença. A clínica ampliada pode ser desenvolvida através de recursos que levem ao enriquecimento dos diagnósticos e à qualificação do diálogo entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento, e entre eles e o usuário. Geralmente, utilizam-se recursos que permitem enriquecimento dos diagnósticos entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento, e deles com o usuário, possibilitando decisões compartilhadas visando a autonomia e a saúde dos usuários do SUS<sup>(33)</sup>. Para realizar a ampliação da clínica, é necessária a inclusão de práticas que sejam contrárias ao modelo tradicional de atenção, caracterizado pela doença como foco de intervenção, a falta de consideração de subjetividades, e poder médico centralizado<sup>(26)</sup>. Além disso, é importante, também, ter uma atenção centrada no usuário, qualificando a sua experiência, a sua história de vida e o seu saber, na avaliação da sua necessidade no que se refere à saúde, através de uma intervenção compartilhada e corresponsável através de equipes multiprofissionais<sup>(41)</sup>.

A clínica ampliada, pode ser entendida como um trabalho clínico mais amplo, com elaboração de projeto terapêutico, através da integração da equipe multidisciplinar, para a ampliação dos recursos de intervenção, atuando de forma interdisciplinar. Para orientar a implementação de ações de humanização, no que se refere à clínica ampliada, na rede SUS, é importante reforçar seu conceito através de estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários, no processo de produção da saúde<sup>(42)</sup>.

Moreira, através de um artigo sobre a construção da clínica ampliada na atenção básica, discute sobre o contraste entre o investimento nas tecnologias do cuidado humanizado e a cultura técnica, carente de revisão sobre os marcos do poder, e a verticalização das relações e da construção de um ambiente mais aberto à criatividade e ao afeto. Aborda o fato de que a área da saúde envolve um complexo campo de relações, em que estão atores com projetos que podem, de forma paradoxal, se revelar contraditórios e complementares. Nesse contexto, a autora coloca que uma das possibilidades de trabalho, está no reconhecimento de que, no conflito entre posições, encontra-se a possibilidade de construir diálogos para resoluções<sup>(43)</sup>.

No que se refere à importância do desenvolvimento do trabalho em equipe, para a clínica ampliada, Filho et al. ressaltam que a formação de equipes multidisciplinares, ainda não conseguiu superar a divisão existente no cotidiano dos serviços de saúde. Essa fragmentação, segundo os autores, está presente na falta de associação de procedimentos, nas tarefas de cada profissão e, também, entre os profissionais de saúde de diversas formações. Segundo eles, faltam estratégias para reinventar o trabalho, e superar a divisão mantidas pelas relações saber-poder. Com isso, chamam a atenção de que, nesse contexto, a forma de gestão local é uma das variáveis que mais contribuem para a manutenção dessa situação<sup>(39)</sup>.

Pires e Braga, em um artigo sobre o psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional destacam que a clínica ampliada, como diretriz da PNH, é um estímulo para diferentes práticas terapêuticas e deve ser adotada por todos os profissionais da saúde, entre eles o psicólogo, na proposta de ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde<sup>(44)</sup>.

Vergílio e Oliveira discutem a possibilidade de qualificar serviços de saúde com valores da clínica ampliada, através de uma maior visibilidade do saber, proporcionado pelo trabalho multiprofissional e intersetorial em que a subjetividade e integralidade do usuário é valorizada. Os autores referem a importância da comunicação e escuta ampliada entre a equipe multidisciplinar e o usuário, nas unidades de saúde. Nessa perspectiva, indicam a possibilidade de romper com rotinas baseadas em protocolos, para uma aproximação com a demanda apresentada, facilitando a condição de uma maior participação do usuário, nas decisões de intervenção, não estando, assim, subjugados e sim incentivados, a exercer sua autonomia<sup>(45)</sup>.

Um estudo desenvolvido por Hafner et al. sobre a formação médica e a clínica ampliada chama a atenção para a importância da clínica ampliada na reabilitação e no aumento da autonomia do usuário e da família, no que se refere à produção de saúde. Destacam, no seu estudo, que existem faculdades brasileiras de medicina que vêm implantando mudanças curriculares, citando como exemplo a Faculdade de Medicina de Marília – SP, pretendendo estimular entre outras práticas, a clínica ampliada, como estratégia de trabalho visando uma maior comunicação na equipe multiprofissional, para a construção do projeto terapêutico, conforme a necessidade do usuário<sup>(46)</sup>.

Alcantara et al., num estudo desenvolvido em 2014, destacam a importância do trabalho interdisciplinar para a clínica ampliada, favorecida por uma maior comunicação e articulação entre os diferentes saberes, que podem promover o cuidado integral à saúde, sendo essa uma importante estratégia para lidar com o processo da doença. Destacam, porém, que essa prática exige, dos profissionais, uma contínua ação humanizada, embasada na reflexão, diante das condições e dos recursos necessários, apresentados na rotina das unidades de saúde<sup>(47)</sup>. Pelas considerações das análises referidas, observa-se a importância da diretriz clínica ampliada, para o atendimento humanizado em saúde, preconizado pela PNH.

### **3.2 A Psicologia na PNH**

A história da psicologia, em especial, assim como as ciências humanas, está relacionada, de forma geral, à história política, social e econômica do lugar onde são

produzidas. Nesse sentido, a história da psicologia brasileira está intimamente relacionada com a história do país. A psicologia, como profissão, tem uma história muito recente no Brasil, visto que data de 1962, o seu reconhecimento<sup>(7)</sup>.

Em seu processo de desenvolvimento, no Brasil, ela se isentou, por um período, da discussão de projetos sociais, constituindo-se como uma profissão corretiva, que devia ser utilizada frente a desvios ou patologias, não se apresentando, até então, como uma profissão que tivesse uma maior contribuição com uma finalidade social e política, refletida em suas práticas. A mudança dessa concepção foi sendo observada no decorrer dos anos, no seu processo de desenvolvimento, através do avanço das discussões e desafios, pelas mudanças que foram se apresentando no processo histórico e social do país<sup>(7)</sup>.

No período da ditadura militar, a psicologia estava mais ligada aos projetos de modernização da elite brasileira. Porém, existiam também profissionais que buscavam outros compromissos. Quando os psicólogos entraram na saúde pública e apresentaram o modelo de trabalho mais utilizado até então, encontraram obstáculos para o exercício de suas atividades, porque as técnicas e ferramentas utilizadas não eram adequadas para a maioria da população. Esse fato tornou-se mais acentuado em decorrência do pensamento crítico da sociedade e do movimento social que se organizou para combater a ditadura militar, gerando tensões que foram produzindo um pensamento crítico, na sociedade em geral, nas universidades e também nos cursos de Psicologia, o que levou ao surgimento do desenho de uma nova profissão<sup>(48)</sup>.

A psicologia na saúde mental, no serviço público, distinguiu-se das práticas de saúde, nas clínicas psicológicas particulares e isso trouxe mudanças à profissão: Os psicólogos entraram na saúde, se organizaram, se destacaram e, aos poucos, essas novas práticas penetraram nas universidades, modificando a formação. Esse movimento, junto com a expansão da psicologia comunitária, propiciou o desenvolvimento de um novo passo e projeto para a profissão: “o projeto do compromisso social”<sup>(48)</sup>, que reflete uma mudança da psicologia, frente à sociedade brasileira, na participação da construção de uma melhor qualidade de vida, de respeito aos direitos humanos e compromisso com a qualidade técnica e postura ética no trabalho<sup>(48)</sup>.

Muitos fatores contribuíram para o aumento do número de psicólogos nos serviços públicos de saúde: o contexto das políticas públicas de saúde, decorrentes dos movimentos pela reforma sanitária e, de forma específica, pela reforma psiquiátrica, do fim da década de 1970 à década de 1980; a crise econômica e social dos anos de 1980; o movimento dos profissionais de psicologia que buscavam redefinir o papel social da categoria; a difusão da psicanálise e da psicologia na sociedade. Também, a partir de 1970, os movimentos internacionais pela reforma psiquiátrica (a psiquiatria francesa, a psiquiatria norte-americana e a psiquiatria democrática italiana) influenciaram os debates sobre a saúde mental. Até o ano 1980, essa influência relacionava-se à humanização do hospital psiquiátrico, incentivando a expansão para a assistência também em nível ambulatorial. A partir de meados de 1980, as experiências bem-sucedidas para o cuidado com saúde mental, a exemplo dos centros psicossociais de saúde, também foram significativos para a expansão da psicologia no contexto da saúde pública<sup>(3)</sup>.

Ainda nessa década, podemos citar a importância da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, cuja base de propostas orientou as reformas do setor saúde e, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Na VIII CNS, foram definidas as bases do projeto da reforma sanitária além de discutir o direito à saúde da população, com a responsabilidade do Estado e a instituição do SUS. A partir daí, houve uma integração oficial das profissões de saúde à saúde pública, que passaram a atuar em instituições, com o incentivo à prática sistemática de trabalho em equipe. Nesse contexto, a psicologia ampliou sua área de atuação e, de hospitais de saúde mental e ambulatorios, ganhou espaço nas Unidades Básicas de Saúde. Com isso, além do aumento de concursos públicos para psicólogos, a atuação do profissional de psicologia foi expandida, conquistando um espaço maior na área da saúde pública<sup>(49)</sup>. Na sequência histórica, destaca-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi aprovado na Constituição de 1988, sendo, todos esses fatores, importantes no processo de inserção e expansão do campo de atuação do profissional de psicologia no sistema público de saúde<sup>(3)</sup>. Nesse processo, o psicólogo precisou atuar de forma condizente com a proposta do SUS para atender aos seus objetivos<sup>(50)</sup>.

A entrada dos profissionais de psicologia na saúde pública, entre outros trabalhos, foi abordada por Carvalho e Yamamoto, que, em sua análise apontam que a entrada do psicólogo no setor público de saúde aconteceu no momento em que o modelo médico privatista-

assistencial, até então vigente, estava em franca decadência<sup>(51)</sup>. Buscava-se o desenvolvimento de redes de serviços que fossem alternativos ao hospital psiquiátrico, que tivessem um menor custo e que fossem também mais eficazes.

Outros fatores também foram importantes na inserção do psicólogo no serviço público: a ampliação dos cursos de psicologia em todo o país. O campo de trabalho, antes restrito ao profissional liberal que atuava mais em consultório particular, ampliou-se, considerando também que já havia um questionamento sobre o papel dos psicólogos e a psicologia clínica tradicional. Com esse processo, observou-se a ingresso dos psicólogos nos hospitais, nos centros de saúde e, posteriormente, nos ambulatórios da rede pública de saúde<sup>(52)</sup>. Atualmente, atua também nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nas residências terapêuticas a eles vinculadas; nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos, aumentando, assim, o seu campo de atuação.

Entretanto, há oposições e contradições entre uma psicologia que ampliou seu campo de atuação e que se firmou por estar comprometida com a construção de uma sociedade mais justa e uma psicologia que ainda apresenta, em alguns aspectos, sem generalizar, concepções e modelos tradicionais, não atualizados. Segundo Antunes, no movimento histórico, existem segmentos que avançam mais rápido e outros que resistem mais, no processo de mudança<sup>(53)</sup>.

No que se refere à PNH, no que diz respeito a sua implantação e desenvolvimento, um novo cenário na realidade da saúde pública no Brasil mostrou a necessidade de mudanças em várias frentes. Também a psicologia foi induzida a formular novos questionamentos na teoria e no campo de suas práticas, ressaltando a sua interface com o SUS e com as Políticas Públicas de Saúde<sup>(54)</sup>.

### 3.2.1 Práticas do Psicólogo

A PNH, desde a sua formulação, trabalhou no sentido de promover, através de uma construção coletiva de saberes, a qualificação do SUS, de forma humanizada, promovendo a

valorização das ações para esse fim<sup>(2)</sup>. A proposta da PNH exige do profissional da saúde, na sua prática de trabalho, um atendimento humanizado, visando a satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Quando se fala em humanização na saúde, em geral a ideia é de um atendimento mais centrado no sujeito do que na doença e na qualidade do serviço prestado. Espera-se dos profissionais de saúde uma maior sensibilização com as necessidades de saúde do usuário, sem perderem, com isso, seu profissionalismo e objetividade<sup>(46)</sup>.

Na psicologia, novos questionamentos incluíram o usuário no campo da saúde pública, com suas complexidades e especificidades. Novas reformulações foram empregadas para explorar os novos sentidos e significados do trabalho, nessas instituições, unidades de saúde, frente à discussão sobre a PNH e também questionar sobre os modelos-padrão de atendimento e gestão que se transformam em ações coletivas causadoras de sofrimentos<sup>(55)</sup>. As formas tradicionais de prática seriam: a realização de atividades de psicodiagnósticos; terapia individual ou grupal; atividades exercidas em consultórios, muitas vezes restritas a clientes com um poder aquisitivo maior; atividades exercidas de maneira autônoma, não inseridas ou ainda não comuns no contexto dos serviços de saúde<sup>(4)</sup>. Porém, esse perfil de atuação já não satisfazia as necessidades do momento. Foi preciso realizar mudanças nos referenciais teóricos e nos modelos de práticas, realizando-se adaptações à nova realidade<sup>(56)</sup>.

Para a PNH, na assistência são necessários apoio social e resolutividade. E no que se refere ao atendimento psicológico, pode-se relacionar ao compromisso social da psicologia, cujo eixo central é uma prática profissional de qualidade com respeito e consideração pelo outro e pelo seu desenvolvimento<sup>(7)</sup>. Bock pontuou que, operacionalmente, considerar o compromisso social da psicologia é poder avaliar a sua inserção como ciência e como profissão, chamando a atenção para a especificidade da realidade brasileira, visando orientar quanto ao caminho percorrido e aquele que gostaria de percorrer, para a transformação ou para a manutenção das condições de vida. Nesse sentido, o psicólogo e a psicologia podem prestar a sua contribuição assumindo um papel de compromisso social, que significa agir na área da saúde de forma humanizada, valorizando um atendimento com base na integralidade, com uma escuta ativa, empática e resolutiva<sup>(7)</sup>.

Quando se trabalha com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada, ao receber a pessoa como paciente, é oferecer acolhimento, que se expressa na relação que se



estabelece entre o usuário e o profissional que o atende. Nesse contexto, a contribuição dos diferentes saberes é favorecida pelo trabalho em equipe, considerando-se o caráter particular de cada profissional de saúde ou de cada profissão, pois é importante a participação de todos, de modo a articular um campo que garanta saúde à população e realização pessoal nos trabalhadores<sup>(57)</sup>. Enquanto a atenção integral é reconhecida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado, a humanização do atendimento, como uma tecnologia leve, é uma maneira de gerenciar o trabalho das relações<sup>(58)</sup>.

A prática do psicólogo coloca-se no campo das tecnologias leves em saúde. Falando em tecnologias de saúde, Merhy as classifica em: tecnologias leves, leve-duras e duras. As leves são as tecnologias de relações, como o acolhimento e o vínculo; as leve –duras são os saberes; e as duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais que podem ser usadas, conforme a necessidade de cada pessoa, trabalhador ou serviço<sup>(58)</sup>. As tecnologias leves são as produtoras de relações de interação, são aquelas que facilitam e acontecem nos espaços de intercessão entre profissionais e usuários, como, por exemplo, o acolhimento, o vínculo e a autonomização com responsabilização<sup>(59)</sup>.

De modo geral, quando se fala em humanização na saúde, espera-se uma atitude diferenciada, uma atitude de acolhimento e amparo frente aos usuários e que também dê significado ao trabalho dos profissionais da saúde<sup>(60)</sup>. Outro aspecto também importante de ser observado, para que o atendimento se torne humanizado, está na medida em que o profissional busca o seu próprio cuidado e o cuidado do serviço, além da saúde do usuário<sup>(41)</sup>. O acolhimento, como um processo que se inicia desde a entrada do paciente na instituição até a sua saída, num atendimento integral de valorização do ser humano<sup>(61)</sup>. Nesse sentido, pode-se considerar que as teorias humanistas contribuíram para o estudo dos seres humanos, no deslocamento do foco da doença para um foco na saúde e também para as qualidades do ser humano, que repercutiu, em diversas áreas da psicologia, contribuindo para a base, da humanização da saúde<sup>(62)</sup>.

A PNH preconiza a humanização, em toda a rede de atenção à saúde, logo, espera-se que o atendimento psicológico aos usuários do SUS seja um atendimento humanizado. Entretanto, observa-se que, apesar dos avanços no campo de atuação da psicologia, na rede pública de saúde, há dificuldades no que se refere à prática profissional do psicólogo, no

referido campo. Um ponto que tem sido destacado como significativo, refere-se à formação acadêmica do profissional de psicologia. É importante considerar o fortalecimento nos aportes teóricos e práticos, para embasar a atuação do profissional, que, nem sempre foram ao encontro dos objetivos das instituições e da população, acabando em ações não compatíveis com as perspectivas da saúde pública<sup>(44)</sup>. Nesse sentido, a mudança necessária à prática do profissional psicólogo, no campo da saúde pública, está também relacionada ao processo de formação acadêmica, que tem sido discutido a partir do processo do desenvolvimento da psicologia.

Daltro et al., no texto *Profissionais de Saúde na Contemporaneidade*, apresenta uma proposta formativa, inovadora em psicologia, na qual chamam a atenção para a importância do currículo, destacando o incentivo à interdisciplinaridade, no processo de atuação do psicólogo, como um profissional de saúde. Essa proposta oferece, ao estudante, acesso a várias teorias e técnicas, além de métodos de investigação, visando que ele desenvolva uma análise crítica das questões da sua área, levando em consideração a sua singularidade<sup>(63)</sup>.

Segundo o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), com a reforma no âmbito da saúde mental, o compromisso do Sistema de Conselhos de Psicologia tem como proposição uma política pública intersetorial de cuidados, com foco nos direitos humanos. “Atualmente a Psicologia dispõe de conhecimentos para a atuação em equipes multidisciplinares, desenvolvendo ações coletivas com usuários, familiares, redes sociais e comunidades”<sup>(64)</sup>.

Lopes, no texto: “Atuação do Campo da Psicologia no Contexto da Saúde”, destaca a necessidade de realização de atendimentos interdisciplinares, conforme preconizado pelo SUS, considerando ser fundamental continuar a repensar o modelo do atendimento em psicologia sobre como ampliar suas práticas de atuação, para que o atendimento aconteça de forma mais adequada e seja contextualizado à saúde pública, em cuja demanda é importante valorizar a transdisciplinaridade, ou seja, a atuação de equipes multiprofissionais e, por isso, a atuação do psicólogo não pode reduzir-se à clínica tradicional<sup>(50)</sup>.

Dessa forma, as diretrizes que corresponderiam a uma ação de mudança na atualidade seriam: atuação interdisciplinar, desenvolvimento de trabalhos em saúde de caráter educativo;

participação de indivíduos e comunidades na promoção da saúde e a abordagem poderia ser de natureza curativa ou preventiva, na atenção primária, secundária e terciária, o que teria, como consequência, um atendimento mais humanizado<sup>(58)</sup>.

O papel do psicólogo dentro do HumanizaSUS deve ser o de acabar com a divisão entre o individual e o social, a clínica e a saúde coletiva, o cuidado com a saúde individual e o cuidado com a saúde da população. Dessa maneira, os psicólogos podem contribuir de uma forma eficaz e efetiva para a discussão sobre práticas sociais e institucionais, criando estratégias para o desenvolvimento de ações integradas<sup>(57)</sup>.

A contribuição da psicologia ao SUS pode estar no encontro e exercício de três princípios: o princípio da inseparabilidade, o princípio da autonomia-corresponsabilidade e o princípio da transversalidade, os quais só são efetivados através dos modos de fazê-los acontecer na prática. Para se pensar e fazer políticas de saúde, é necessário criar espaços de integração e contratualização entre o usuário, o trabalhador e o gestor. Nesse ponto, a psicologia pode estar presente com a sua contribuição<sup>(27)</sup>. Analisar a psicologia e as Políticas Públicas em Saúde envolve o desafio de lidar com a complexidade, a subjetividade, o vínculo, a superação da alienação do sujeito, a transdisciplinaridade<sup>(65)</sup>. A saúde coletiva faz um diálogo com a psicologia, nas práticas de saúde, de forma especial no modo como a população identifica suas necessidades relacionadas à saúde<sup>(66)</sup>. É nessa linha de pensamento, entre a clínica e a política, que a PNH e a psicologia se entrelaçam<sup>(27)</sup>. Buscar essa intercessão foi o farol que guiou esta pesquisa.

Finalmente, voltando a considerar a definição de saúde proposta pela OMS, do ponto de vista do bem-estar biopsicossocial<sup>(12)</sup>, supõe-se que a humanização do atendimento psicológico, tem uma fundamental importância para ela e, portando, o seu aperfeiçoamento, poderá contribuir para a promoção da saúde pública, frente aos objetivos da PNH. Nesse sentido, o presente estudo, tem como objetivo geral, analisar a aplicabilidade da proposta da PNH, na prática do psicólogo, em unidades da rede pública de saúde em Salvador – Bahia.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do Estudo**

A presente pesquisa desenvolveu-se através de uma abordagem qualitativa que consistiu em um estudo exploratório e descritivo, que utilizou a História Oral para os procedimentos da coleta de dados, e a Análise de Conteúdo, segundo Bardin<sup>(67)</sup>, que tem como enfoque a sistematização dos dados obtidos nos relatos após a transcrição, através da técnica de análise temática, por meio da qual buscou-se atender os objetivos propostos.

A pesquisa qualitativa abarca uma relação entre o pensamento e a base material, entre o mundo objetivo e a subjetividade dos sujeitos e do campo pesquisados. É uma forma de abordagem que tem sido valorizada por trabalhar com o universo de significados, representações, crenças, valores e atitudes, facilitando a compreensão da realidade humana vivida socialmente<sup>(68)</sup>. Segundo Meihy, a História Oral tem como objetivo captar conceitos a partir dos argumentos dos participantes. Pretende ser um campo multidisciplinar, que vai além do método e da técnica, em que diferentes linhas de trabalho podem dialogar e trocar experiências<sup>(69)</sup>. Dessa forma, entendeu-se que a abordagem qualitativa e a utilização dos seus métodos são adequadas à busca do conhecimento de situações complexas e, portanto, poderia atender ao propósito deste estudo.

### **4.2 O Campo da Pesquisa**

O campo previsto para a realização deste estudo, foi um dos 12 Distritos Sanitários (DS), da cidade de Salvador – Bahia. O critério para a escolha deveu-se à presença de unidades de saúde de baixa, média e alta complexidade, situadas no mesmo distrito, partindo-se do princípio de que era importante entrevistar psicólogos, atuantes em unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade, porque permitiria a abrangência esperada para o presente estudo, sendo, algumas das unidades selecionadas, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e outras à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). No referido DS, são oferecidos serviços de saúde, distribuídos em 23 unidades de saúde (UBS, CAPS, USF, CEO, PA, UPA), além da rede complementar, composta pelos hospitais da rede SUS<sup>(70)</sup>, para

uma população de 421.246 hab, com característica socioeconômica mista. As unidades de saúde previstas, no campo da pesquisa, vinculadas à SMS, foram duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). E as unidades de saúde previstas, vinculadas à SESAB, foram dois hospitais. Essa seleção teve como critério a especificidade das referidas unidades, a presença de psicólogos e a oferta de atendimento psicológico.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são equipamentos de ingresso da população, criadas para serem o acesso preferencial do SUS, tendo como objetivo atender os problemas básicos de saúde da população<sup>(71)</sup>. O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Práticas Públicas (CREPOP), em estudo realizado, aponta as seguintes práticas profissionais de psicólogos (as) na atenção básica à saúde, cujas experiências podem variar de acordo com os programas, objetivos e a territorialização. O referido estudo indica, que os profissionais de psicologia desenvolvem ações relacionadas à gestão no funcionamento das UBS, como qualidade de atendimento e planejamento das ações básicas de saúde; articulação da rede de saúde mental com a atenção básica; acolhimento aos pacientes e familiares; atendimento individual e grupal; atendimento à comunidade, através de trabalhos educativos de promoção à saúde; desenvolvimento de trabalhos em equipe<sup>(72)</sup>.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), é composto por profissionais de áreas diversas de conhecimento, que atuam de forma integrada visando apoiar os profissionais das equipes de saúde da família (eSF e da atenção básica, ampliando as ações e a resolutividade para as necessidades de saúde dos usuários do SUS)<sup>(73)</sup>. O NASF, portanto, não é um serviço de saúde específico e sim uma equipe que inclui o psicólogo e constitui -se como um apoio especializado, podendo realizar entre as suas atribuições: discutir casos clínicos; realizar atendimentos compartilhados; dar suporte na implantação de novas práticas, como grupos terapêuticos e educativos; dar suporte na construção de projetos terapêuticos singulares; dar suporte no manejo de questões de território; estar disponível para dar suporte a situações imprevistas; ter disponibilidade para realizar atendimento direto aos usuários, atendendo a critérios<sup>(74)</sup>.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um espaço de referência para o tratamento e a promoção da saúde mental, com atendimento a usuários com transtornos

mentais, psicoses e neuroses graves. O objetivo do CAPS, através da equipe que o compõe, é: oferecer atendimento à população através de acompanhamento clínico e busca de reinserção social pelo trabalho, lazer, fortalecimento dos vínculos familiares e exercício dos direitos civis<sup>(75)</sup>. O CREPOP, através de estudo realizado, aponta práticas desenvolvidas pelos psicólogos, no CAPS: atendimento individual, como, psicoterapia, acolhimento, acompanhamento; plantões de atendimento para urgências e emergências psiquiátricas; coordenação de grupos, que podem ser: oficinas terapêuticas, grupo de abertura das atividades dia, assembleias; visita domiciliar; atendimento familiar; atendimento aos funcionários; trabalho em equipe multidisciplinar; elaboração de parecer; atividades extramuros (caminhadas, cinema etc); atuação buscando fortalecer a rede dos serviços, divulgação para a comunidade; atuação no campo das discussões políticas sobre o campo, através da contribuição, na construção das políticas públicas, para a área da saúde mental<sup>(76)</sup>.

Os hospitais A e B, selecionados, são unidades de referência para o DS do campo da pesquisa. Ambos com psicólogos no seu quadro de funcionários, atuando em setores diversos. O Hospital A, tem psicólogos atuando no setor: emergência e triagem geral; internação; hospital-dia; ambulatório; supervisão a residentes de psicologia. O Hospital B, tem psicólogos atuando nos setores: emergência; internação; UTI neonatal; ambulatório.

O conjunto dos equipamentos de saúde previstos permitiu identificar práticas do psicólogo, nos três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária, o que possibilitou a obtenção dos dados para a presente pesquisa.

Segundo Minayo, num trabalho de campo, o pesquisador tem a possibilidade de construir um relato que é composto pelas falas e visões subjetivas dos pesquisados, em que os depoimentos vão sendo acrescentados às observações<sup>(77)</sup>. Compreendeu-se que o campo previsto, por sua especificidade e diversidade quanto às unidades de saúde presentes, foi adequado ao estudo proposto, por possibilitar obter informações sobre a prática profissional de psicólogos em diversas fontes de atuação na saúde.

### **4.3 Seleção dos Participantes**

**Participaram do presente estudo 12 psicólogos**, atuantes em unidades da rede pública de atenção primária, secundária e terciária à saúde, em Salvador - Bahia. Pretendeu-se que o conjunto de profissionais fosse atuante em diferentes níveis de atendimento, para alcançar uma abrangência esperada. No DS do campo da pesquisa, havia um total de 36 psicólogos, conforme relacionado abaixo:

Nas unidades de saúde vinculadas à SESAB, havia 24 psicólogos no atendimento direto ao usuário, assim distribuídos: No Hospital A: 10 psicólogos, sendo selecionados, quatro deles, dos setores: emergência, ambulatório, internação e hospital-dia; No Hospital B: 14 psicólogos, sendo selecionados, quatro deles, dos setores: emergência, ambulatório, internação e UTI neonatal.

Nas unidades de saúde, vinculadas à SMS, havia 12 psicólogos, no atendimento direto ao usuário, assim distribuídos: Na UBS A: três psicólogos, sendo selecionado um deles; Na UBS B: um psicólogo, sendo ele selecionado; Na UBS C: um psicólogo (este não participou da pesquisa); No NASF: um psicólogo, sendo ele selecionado; No CAPS AD: três psicólogos (estes não participaram da pesquisa); No CAPS II: três psicólogos, sendo selecionado um deles.

#### **Critérios de inclusão**

Foram incluídos psicólogos que atuavam no atendimento psicológico aos usuários do SUS, no momento da pesquisa, e com maior tempo de serviço em cada unidade de saúde prevista para o presente estudo.

### **4.4 Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados**

A localização e seleção dos psicólogos foram realizadas pela indicação de pessoas de referência, como coordenador do distrito de saúde e coordenadores dos serviços de psicologia, nas unidades de saúde, contemplando os critérios de inclusão, preestabelecidos na pesquisa. A

partir daí, foram realizados os contatos, via telefone, com os psicólogos indicados, para agendamento das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas com roteiro semiestruturado, com assinatura prévia do TCLE e solicitação de permissão para gravações em áudio. As entrevistas foram realizadas em local adequado, para permitir que o diálogo fosse produtivo e realizado de forma reservada. O roteiro semiestruturado para as entrevistas com os psicólogos foi composto por questões relacionadas à rotina de trabalho, o conhecimento sobre a PNH e a relação com o atendimento psicológico e, em específico, as diretrizes acolhimento, a clínica ampliada, e se elas eram praticadas. O roteiro serviu para orientar o entrevistador, que também teve a liberdade de explorar, experimentar, formular questões, para elucidar algum tema ao longo da entrevista.

Na medida em que a pesquisa avançou, houve uma revisão da literatura do presente estudo. Após a realização de cada entrevista, foram considerados e revistos pontos importantes que surgiram; elas foram gravadas em áudio, transcritas, em sua totalidade, pela equipe de pesquisa e conferidas pela autora, para posterior análise.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

Este estudo está vinculado à linha de pesquisa “Memória, Cultura e Subjetividade” do grupo de pesquisa “Psicologia, Diversidade e Saúde”, como um dos objetivos específicos do projeto “Atuação dos Profissionais de Saúde e dos Movimentos Sociais nos Conselhos e nas Políticas Públicas, que tem como proposta mapear a presença e a atuação dos profissionais de saúde e de militantes sociais nos conselhos de direito e na efetivação de políticas.

Para atender aos pré-requisitos e para a garantia da ética em pesquisa, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSp, CAAE 33098814.0.0000.5544 e parecer n. 1.317.532 de 11-11-2015. A coleta de dados foi realizada de março a maio de 2015, respeitando-se os princípios éticos, de acordo com a resolução 466-12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo conhecimento das variáveis da pesquisa com seres humanos, para a realização deste projeto. Os participantes envolvidos tiveram garantido o seu direito de



participar ou não da mesma, e seu sigilo preservado, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado por todos participantes, em duas vias de igual teor, sendo uma via para o participante e outra para o pesquisador. As gravações foram realizadas com prévio aval dos entrevistados.

#### **4.6 Análise dos Dados**

Nesta pesquisa, para a análise dos dados, foi utilizado o método da Análise de Conteúdo, segundo Bardin<sup>(67)</sup>, visando perceber as minúcias da fala dos entrevistados, assim como detalhes que se apresentaram na formação do próprio discurso. A estratégia utilizada teve como enfoque a sistematização dos dados, obtidos nos relatos após a transcrição, através da técnica de análise temática, por meio da qual buscou atender os objetivos propostos. A análise temática foi formulada em três etapas: a pré-análise (leitura intensa do material), a exploração do material (visando alcançar uma melhor compreensão dos dados) e a interpretação dos resultados obtidos. Segundo Minayo, essa fase da pesquisa consiste em organizar e absorver as informações, para compreender os dados obtidos no campo<sup>(77)</sup>.

A partir da literatura pesquisada, foram identificadas categorias prévias, para posterior análise, visando responder aos objetivos do presente estudo. As categorias que nortearam a análise dos dados, foram as seguintes: humanização no acolhimento e na clínica ampliada. O critério para a identificação prévia dessas categorias deveu-se ao acolhimento, por ser um dos principais fatores da humanização, pelo aspecto da receptividade acolhedora e resolutiva preconizada pela PNH, e por ser uma diretriz da PNH, prevista para análise. Foram incluídos nessa categoria, a identificação e a prática do acolhimento pelos psicólogos, a resolutividade à demanda do usuário, relatos da rotina e a humanização do atendimento; a clínica ampliada, pela importância da sua dinâmica para o atendimento humanizado e por ser, também, uma diretriz da PNH, prevista para análise. Foram inseridos nessa categoria, relatos sobre a integração dos psicólogos com as equipes das unidades, e a identificação e prática da referida diretriz.

O banco de dados, gerado por esta pesquisa, ficará arquivado, no grupo de pesquisa: Grupo de Psicologia, Diversidade e Saúde, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, e poderá servir para futuros estudos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Observações sobre o Campo da Pesquisa

A pesquisa de campo teve início com a apresentação da pesquisadora, na sede do DS, onde foi identificada a liberação da SMS para o ingresso às unidades de saúde. Os procedimentos foram feitos e as informações solicitadas foram prestadas, atendendo ao que era esperado. Nessa visita inicial ao DS, observou-se o ambiente físico da sede do DS como um local de certa forma pequeno para o número de profissionais, assim como as mesas de trabalho nele distribuídas. Porém, foi observada como ponto positivo a localização da referida sede, por ser de fácil acesso. Durante o percurso da pesquisa, as solicitações feitas ao DS, via telefone ou via e-mail, foram respondidas. Quanto às unidades vinculadas à SESAB, os contatos iniciais foram feitos diretamente nas unidades, através dos coordenadores ou representantes dos serviços, onde também foram prestadas as informações necessárias para acesso aos profissionais psicólogos, o que facilitou também o ingresso ao campo. Procederam-se, a seguir, os agendamentos das entrevistas.

A primeira unidade visitada foi o **Hospital A**. Na ambiência da referida unidade, observou-se falta de uma melhor apresentação, em específico na entrada principal, e em uma das salas onde foi realizada uma das entrevistas. Entre os vários serviços de saúde oferecidos à população, há também um serviço de psicologia, composto por 10 psicólogos, que estão distribuídos nos diversos níveis de atendimento dessa unidade. As entrevistas, num total de quatro, foram realizadas com participantes atuantes nos setores de: emergência e triagem geral; ambulatório; internação; hospital-dia.

A segunda unidade visitada foi o **Hospital B**. Na ambiência – diretriz da PNH, apresentou falta de cuidados, em detalhes, quanto a sua apresentação, como: buracos na pista de acesso; grama sem o devido cuidado de manutenção; um portão precisando de reparos; baldes de lixo abertos, sem tampa; etc. Entre os vários serviços de saúde oferecidos à população, há também um serviço de psicologia composto por 14 psicólogos, que estão distribuídos nos diversos níveis de atendimento dessa unidade. Foram realizadas quatro

entrevistas com profissionais atuantes nos setores de: internação; emergência; ambulatório; UTI neonatal.

Um ponto positivo observado, em cada um dos hospitais, foi a presença de biblioteca, em ambiente organizado e adequado à leitura.

Foram visitadas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Na **UBS A**, a entrevista foi realizada em sala reservada, porém, inicialmente, houve uma interferência de barulho, de obra de reforma, que acontecia no momento, mas que foi resolvido com a solicitação do participante. Nessa unidade, com um serviço de psicologia, composto, por três profissionais, foi entrevistado um psicólogo. A **UBS B** estava em reforma, tendo algumas salas interditadas, porém a entrevista ocorreu em uma sala reservada, sendo possível obter o relato do profissional participante. Nessa unidade, havia um psicólogo, sendo ele entrevistado.

No **NASF**, pelo fato de o profissional de psicologia não dispor de sala específica, ele teve que fazer algumas tentativas para encontrar uma sala disponível, onde fosse possível proceder a entrevista, o que terminou ocorrendo. Nessa unidade, havia um psicólogo, sendo ele entrevistado.

O **CAPS II** estava também em processo de reforma, porém a entrevista foi realizada em local reservado, sem interferências. Nessa unidade, com um serviço de psicologia composto por três profissionais, foi entrevistado um psicólogo.

De forma geral, as unidades visitadas caracterizaram-se como de fácil acesso para o pesquisador e para o usuário no que se refere à proximidade do ponto de transporte público. Quanto ao ambiente físico, os participantes mencionaram: falta de mais salas para o serviço de psicologia; falta de um ambiente mais acolhedor e humanizado; indicaram alguns ambientes com interferência de barulho externo. Importante salientar que a literatura indica que, para a PNH, a ambiência é um fator de humanização, através da criação de locais acolhedores, que possibilitem a privacidade, o encontro entre as pessoas e facilitem mudanças, no desenvolvimento do trabalho<sup>(34)</sup>.

## 5.2 Caracterização dos Participantes

**Quadro 1- Perfil dos Participantes**

PARTICIPANTES	IDADE	UNIDADE SAÚDE E SETOR	TEMPO SERVIÇO PÚBLICO	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
E- 01- H	52	Hospital A Ambulatório	26 anos	Atendimento individual a adultos. Atendimento grupal (eventual para encaminhamento).
E- 02- H	32	Hospital A Hospital-Dia	7 anos	Acolhimento e triagem Atendimento individual e grupal a usuários e familiares. Projeto terapêutico em equipe
E- 03 -H	33	Hospital A Emergência Triagem geral	7 anos	Acolhimento na emergência e na triagem geral. Atendimento individual e em equipe
E- 04 -H	33	Hospital A Internação	7 anos	Atendimento individual a adultos e familiares. Atendimento grupal (eventual).
E- 05 -H	52	Hospital B UTI Neonatal	26 anos	Atendimento a bebês (0-28dias) e familiares. Trabalho educativo à equipe técnica.
E- 06 -H	35	Hospital B Internação	9 anos	Atendimento individual a adultos. Atendimento a familiares.
E- 07 -H	33	Hospital B Emergência	10 anos	Atendimento individual a adultos.
E- 08 -H	59	Hospital B Ambulatório	25 anos	Atendimento individual a adultos Atendimento a crianças para avaliação psicodiagnóstica
E-09 -U	62	UBS A	22 anos	Atendimento individual a adultos e crianças.
E-10 -N	33	NASF	10 anos	Apoio matricial a duas unidades de saúde da família – (USF). Atendimento individual –eventual Grupos educativos
E-11 -C	53	CAPS	9 anos	Atendimento individual e grupal a adultos e a familiares. Trabalhos em equipe multidisciplinar
E-12 -U	47	UBS B	9 anos	Atendimento individual a adultos, adolescentes e familiares. Palestras educativas (eventual).
TOTAL: 12 participantes				

**O período das entrevistas se deu nos meses de março a maio de 2015.** Os 12 psicólogos entrevistados possuíam média de idade de 32 a 62 anos, e média de tempo de serviço público de 7 a 26 anos. Entretanto, observou-se, pelos seus relatos, que a idade ou o tempo de serviço não caracterizou ou interferiu especificamente quanto ao conhecimento e à aplicabilidade da PNH em suas práticas de atuação. Ou seja: verificou-se uma variação entre profissionais com maior tempo de serviço público e idade, quanto ao conhecimento e aplicabilidade da PNH, assim como se verificou uma variação entre profissionais com menor tempo de serviço público e idade, quanto ao conhecimento e à aplicabilidade da PNH. De forma geral, os participantes foram receptivos, mostrando interesse em participar do presente estudo. Pelos relatos e pelo perfil dos participantes, observou-se que eles apresentaram uma variada experiência como profissionais de psicologia, tanto pelo seu processo de especialização quanto pelas atividades desenvolvidas na rede pública, tornando-se uma expressiva amostra para o presente trabalho.

Nas entrevistas com os psicólogos, após a apresentação inicial do pesquisador e do projeto da pesquisa, buscou-se saber sobre: o serviço de psicologia na unidade; a dinâmica do atendimento psicológico dos participantes; as facilidades e dificuldades na rotina de trabalho dos psicólogos; o seu conhecimento sobre a PNH, de forma geral e de forma específica, sobre o acolhimento e a clínica ampliada, nas suas práticas de atuação, por serem estas as categorias, previamente escolhidas, para este estudo, que serão analisadas a seguir.

### **5.3 A Humanização no Acolhimento**

A PNH propõe a integralidade no atendimento à população, no sentido de acolhê-lo com o compromisso quanto à resolutividade. O acolhimento, como uma das diretrizes de maior relevância para a PNH, contribui para esse objetivo, pela revisão das práticas de atenção à saúde baseada no reconhecimento e corresponsabilidade com as necessidades de saúde do usuário, que se traduz no fortalecimento da relação de confiança, através do vínculo e do compromisso entre o profissional, o usuário e sua rede socioafetiva<sup>(33)</sup>.

Gazuzi et al., em seu estudo, destacam como essencial a criação do vínculo, entre o profissional de saúde, o usuário e a família, e que esse vínculo está apoiado no

reconhecimento entre a população e o serviço que a atende, portanto, se esse não funciona, o vínculo não se estabelece<sup>(36)</sup>.

Benevides e Passos, referem a relação entre uma atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços<sup>(27)</sup>. Nessa mesma direção, Filho et al., também discutem a importância da comunicação lateralizada, como um ponto associado entre a atenção e a gestão dos serviços. Os autores apontam como facilitadores da ampliação da comunicação o encontro entre os profissionais dos serviços como um caminho importante para ampliar os debates<sup>(39)</sup>.

São consideradas também relevantes as ponderações das autoras Nora e Junges, na análise realizada sobre as práticas de humanização, na rede pública de saúde, quanto à importância do aprofundamento da análise nos processos de trabalho e sua relação com o desenvolvimento de ações, de educação permanente nos serviços<sup>(38)</sup>.

Os dados obtidos através dos relatos dos participantes, demonstraram que os psicólogos, de forma geral, identificam a diretriz acolhimento, da PNH, conforme está destacado em alguns trechos das entrevistas:

*O acolhimento, ele visa justamente uma assistência de qualidade, de forma a amenizar o impacto, da chegada de um usuário, para um atendimento em saúde. Então, ele deve ser pautado nos princípios da humanização (E-04-H).*

*Poder ouvir mais especificamente. É ouvir o usuário e a família. Porque, às vezes, acontece como o usuário está em crise, as pessoas acham que ele não deve ser ouvido, e é ao contrário (E-05-H).*

*Uma forma de acolhimento humanizado é acolhimento com classificação de risco. (E-07-H).*

*Acolhimento é o que a gente trabalha o tempo todo. É você receber o outro da forma mais integral possível, que envolve não só a chegada do usuário, mas todo o processo. É mais amplo que que só uma avaliação, é você estar inteiro ali, estar disponível, para buscar uma resolutividade (E-11-C).*

Observa-se que os participantes destacam para o que é preconizado pela PNH, para o acolhimento, como: resolutividade no atendimento; atendimento integral; assistência com qualidade; escuta qualificada; acolhimento com classificação de risco.

Frente à pergunta: você aplica a diretriz acolhimento, na sua prática de atendimento psicológico? **10 participantes responderam: sim. E dois responderam: tento fazer.** Eles identificam e relacionam à sua prática a diretriz acolhimento e consideram o seu atendimento humanizado. Nesse sentido, além dos relatos diretos sobre a referida questão, pela descrição da dinâmica do atendimento psicológico, a pesquisadora observou, pelos relatos que, de forma específica, **o atendimento psicológico ao usuário, quando realizado**, é descrito como atencioso em relação às necessidades apresentadas. Isso pode indicar uma certa confusão entre a atenção ao usuário e a humanização preconizada pela PNH, que envolve questões mais amplas, quanto à resolutividade no atendimento, sendo um direito de todos, e não apenas para alguns que conseguem ser absorvidos pelo número de vagas oferecidas para o atendimento psicológico.

Nesse sentido, nem sempre a oferta de vagas e a demanda existente estão alinhadas, por vários fatores que levam o usuário a aguardar numa fila de espera ou ele é encaminhado para outras unidades de saúde que compõem a rede de apoio. Quanto a isso, pelos relatos, **verificou-se falhas na dinâmica de encaminhamento** a outros serviços do DS. Muitas vezes, **essa resposta vem através do próprio usuário, se o mesmo retornar** ao serviço de psicologia, para uma nova tentativa de atendimento, conforme os seguintes trechos dos relatos:

*Então, a gente, depois que encaminha, não tem notícia (E-04-H).*

*Quando encaminho para uma unidade, fico sem saber se essa pessoa vai ser acolhida. (E-06H).*

*Não tem essa contrarreferência. (E-03-H).*

*Esse retorno é via paciente (E-12-U).*

Observou-se, pelos relatos, que o procedimento de encaminhamento do usuário para outras unidades de saúde, contraria o que é preconizado para acolhimento com resolutividade,



pois, também, **há falhas na da rede de apoio**, pelo menos no que se refere ao serviço de psicologia, no campo da pesquisa. Destacam-se, para exemplificar, trechos dos relatos sobre a rede:

*Não funciona. A rede está terrível (E-01-H).*

*Está um caos. O que caracteriza é que a gente liga, tenta encaminhar, muitas vezes a gente não consegue. Eles não têm vaga, não têm médico, não têm psicólogo, não têm carro, não têm remédio, não têm (E-02-H).*

*Na verdade, essa rede não funciona (E-08-H).*

*Procurar atendimento, é sofrimento (E-12-U).*

*A rede é fraca (E-10-N).*

A partir dos relatos, observa-se, portanto, que os psicólogos não verificam a eficiência da rede, no que se refere ao apoio necessário para um acolhimento resolutivo, para a humanização do atendimento psicológico, ao usuário, no campo da pesquisa. A ineficiência da rede impacta negativamente a implantação da PNH, pela inseparabilidade entre a gestão e a atenção, no âmbito da prática do profissional de psicologia.

Nesse sentido, considerando o estudo de Gazuzi et al., que destaca acolhimento como um atendimento com resolutividade, verifica-se que, no campo estudado, não é o que acontece, o que é claramente identificado pelos relatos dos participantes. Concorde-se com os autores que o acolhimento pode qualificar a assistência, se auxiliar na universalização do acesso<sup>(36)</sup>. Nesse caso, as dificuldades observadas no campo da pesquisa revelam as deficiências na gestão da saúde e a necessidade de maior participação dos profissionais de psicologia, na construção da rede de apoio.

Benevides & Passos, destacam que se faz necessário que os serviços se integrem para se organizarem no campo e, para haver mudança nos processos de produção de saúde, são necessárias mudanças, por parte das pessoas envolvidas, que, no processo de transformação das próprias práticas de saúde, também se transformam<sup>(27)</sup>. Da mesma forma, Filho et al., destacam a importância da comunicação como estratégia na resolução dos desafios<sup>(39)</sup>.

Considerando as ponderações de Nora e Junges, no que se refere à importância da educação continuada para o desenvolvimento das práticas de humanização <sup>(38)</sup>, destacam-se trechos de alguns relatos, em que os participantes apontam como sugestão a intensificação de ações educativas, para o aperfeiçoamento dos serviços:

*Uma das coisas que eu acho importante, é a formação continuada (E-04-H).*

*A capacitação tem que ser intensa (E-05-H).*

No que se refere à formação continuada, observou-se, pelos relatos, que as ações nesse sentido, relacionadas à PNH, promovidas pela SESAB, ou SMS, têm sido insuficientes, frente ao interesse e às sugestões colocadas pelos participantes, que indicaram algumas iniciativas pessoais para esse fim, quanto à realização de cursos de especialização na área da saúde pública, para o seu desenvolvimento pessoal.

Nesse sentido, destaca-se a importância do aprimoramento na formação acadêmica do profissional de psicologia, para embasar a sua atuação na rede pública de saúde. Em Salvador-Ba, no estudo desenvolvido por Daltro et al., essa proposta é apresentada, como inovação e incentivo, frente a esse processo de mudança, necessário para o aperfeiçoamento das práticas de atuação do psicólogo<sup>(63)</sup>.

Considerar o acesso e o acolhimento, como princípios do SUS auxilia a conquista de resultados positivos na atenção à saúde, por objetivarem a prestação do cuidado com qualidade e compromisso de atender, de forma resolutiva, às necessidades de saúde do usuário. Compromisso também de atender com qualidade técnica, com práticas centradas no usuário, na família e na sociedade, visando o atendimento às necessidades de saúde. Especificamente, no que se refere à **humanização no acolhimento, no atendimento psicológico**, podemos utilizar o mesmo conceito, considerando-se que o acolhimento tem uma função fundamental no cuidado à saúde, por objetivar uma atenção especial, e resolutiva, com qualidade técnica, que reflita um atendimento humanizado e ético<sup>(40)</sup>.

#### 5.4 A Humanização na Clínica Ampliada

A clínica ampliada, como diretriz da PNH, é um desafio, por incluir práticas diversas, do modo tradicional de atenção à saúde. Incluir um novo modelo, significa: ter a saúde como objeto, considerando o sujeito em seu contexto; ter como objetivo aumentar o nível de autonomia do usuário; considerar, na avaliação diagnóstica, a história do sujeito, assim como seus valores e crenças; considerar a demanda de saúde do ponto de vista biopsicossocial, ou seja, há um compromisso com o sujeito, e não apenas com a doença, em que se busca avaliar os danos e os benefícios que podem ser gerados pelas práticas de saúde, investindo-se na composição multiprofissional das equipes, para esse objetivo<sup>(26)</sup>.

A clínica ampliada, objetiva contribuir para uma abordagem mais ampla da clínica, buscando resolver a questão da divisão do saber, das ações de saúde e seus consequentes danos. Para isso, utiliza recursos que permitem auxiliar o diagnóstico e o tratamento, no processo saúde, facilitando o diálogo entre os profissionais de saúde, envolvidos no tratamento e, também, a comunicação entre o profissional e o usuário<sup>(33)</sup>.

Moreira discute a possibilidade de conflitos no desenvolvimento de trabalhos interdisciplinares, ponderando que a possibilidade de se construir diálogos para as resoluções está, muitas vezes, no próprio conflito<sup>(43)</sup>.

Filho et al., ressaltam que um dos fatores que mais contribuem para a dificuldade na formação de equipes multidisciplinares nas unidades de saúde é a gestão local, além da fragmentação do saber, frente à diversidade de formações. Segundo os autores, essa divisão é reforçada, nas ações de rotina dos serviços, nos procedimentos e nas atribuições de cada profissão. Como possibilidade de resolução desse impasse, sugerem incentivar, nos grupos, a análise das situações que surgirem<sup>(39)</sup>.

Benevides e Passos discutem no texto “Humanização na Saúde: um novo modismo” os desafios, frente a mudanças, nos modos de fazer saúde. Os autores pontuam que um processo de construção de uma política pública deve ir além de proposta, questionando para que serve um esforço conceitual sobre humanização, se não houver uma mudança nas práticas concretas<sup>(27)</sup>.

Segundo Pires e Braga, verifica-se que as atividades dos psicólogos na rede pública de saúde nem sempre atendem a demanda do referido setor, quando o modelo empregado, na prática, baseia-se em atendimento individual, com poucas ações coletivas, não sistemáticas<sup>(44)</sup>.

Hafner et al., no estudo “A Formação Médica e Clínica Ampliada”, pontuam que essa prática é favorecida pela valorização do saber, que permite um atendimento mais integral, centrado no diálogo, no vínculo, e no atendimento humanizado para o processo de reabilitação do usuário. Destacam, também, a importância das mudanças curriculares para o desenvolvimento dessa prática<sup>(46)</sup>.

Alcântara et al., no texto “Interdisciplinaridade e Integralidade”, ressaltam e sugerem a reflexão, frente aos desafios no trabalho de integração das equipes para o desenvolvimento da clínica ampliada<sup>(47)</sup>.

Os dados encontrados, através dos relatos dos participantes, indicam que eles, na sua maioria, identificam o conceito de clínica ampliada, apresentando uma variação na sua definição, conforme trechos de alguns relatos:

*A clínica ampliada é um conceito problemático. O seu enunciado não diz, suficientemente, o que vem a ser. É um conceito guarda-chuva (E-01-H).*

*Clínica ampliada toca aquilo que não é clínico (E-07- H).*

*A clínica ampliada é um trabalho interdisciplinar (E-08-H).*

*Clínica ampliada é a gente conseguir de fato olhar o sujeito na sua integralidade (E-10- N).*

*A clínica ampliada é você buscar outros conhecimentos. É fazer a interlocução com outros serviços (E-11-C).*

*Não sei o que é clínica ampliada (E-12- U).*

Quanto à integração das equipes multidisciplinares, e sobre a importância da interdisciplinaridade, nas unidades de saúde citadas pelos autores referidos, destacam-se trechos dos relatos, que evidenciam dificuldades nessa prática, no campo da pesquisa:

*Aqui, tem uma equipe multidisciplinar, mas não é feito nada para que esse trabalho ocorra de forma multidisciplinar. É cada um, na sua (E-08-H).*

*Como acontece esse diálogo, eu acho que ainda é insatisfatório (E-06-H).*

*Não trabalho com outras pessoas da equipe. Não há trabalho multidisciplinar. Não há reuniões com os profissionais, inclusive o psicólogo (E-09-U).*

*Nessa unidade, a gente pode fazer interconsulta, A proposta é de atendimento interdisciplinar (E-10-N).*

*O trabalho interdisciplinar é você poder compartilhar o saber. Esse trabalho acontece nessa unidade, mas, no momento, a unidade está numa situação crítica, a equipe está diminuída (E-11-C).*

Observa-se, pelos relatos que **uma parte dos participantes não realiza trabalhos de maior integração com a equipe**, sendo eles do Hospital B (internação e ambulatório), da UBS A e da UBS B; **outra parte realiza atividades com a equipe multidisciplinar**, sendo eles do Hospital A (hospital-dia e emergência), do NASF e do CAPS. Porém, um dos psicólogos do Hospital B (internação), pelo relato, não trabalha de forma interdisciplinar, aspecto que dificulta a expansão da clínica ampliada. Destaca-se um trecho, do seu relato, que aborda essa questão:

*A gente faz um trabalho de parceria, com a equipe, o trabalho com a equipe multidisciplinar. A gente tenta dialogar de uma maneira mais interdisciplinar, mas a gente vê que fica mais na multidisciplinaridade mesmo (E-06-H).*

Os relatos indicam que, dos 12 psicólogos entrevistados, **quatro não incluem a clínica ampliada**, às suas práticas de atendimento, sendo eles do Hospital A (ambulatório), do Hospital B (ambulatório e emergência) e da UBS B; **dois incluem dentro do possível**, sendo eles do hospital A (internação e emergência); **um participante não deixa claro se inclui**, sendo ele da UBS A. **Cinco exercem a clínica ampliada**, sendo eles do Hospital A (hospital-

dia), do Hospital B (UTI neonatal e internação), do NASF e do CAPS. Os resultados demonstram que os profissionais de psicologia, **identificam, mas não relacionam plenamente a diretriz clínica ampliada** às suas práticas de atendimento.

Nesse sentido, considerando os resultados encontrados para a prática da clínica ampliada, concorda-se com Benevides e Passos de que é necessário um esforço para ultrapassar os desafios impostos frente a uma nova maneira nas práticas de saúde<sup>(27)</sup>. Incluindo as dificuldades que podem surgir frente a obstáculos internos, relacionados ao profissional e, externos, aos serviços, nas unidades de saúde.

Pode-se supor que os recursos apontados por Moreira, como: reuniões de equipes em que a objetividade, associada ao relacionamento acolhedor, poderia facilitar: a integração da equipe na interdisciplinaridade, o desenvolvimento de projeto singular para o usuário, incluindo sua rede socioafetiva e, a realização de anamnese ampliada<sup>(43)</sup>. Essa ponderação, sugere uma reflexão, sobre o campo da pesquisa, na qual existem unidades que, segundo relato de participantes, não têm reunião técnica sistemática.

Dessa forma, Filho et al. destacam que as práticas consideradas humanizadas, deixam de produzir as mudanças desejadas, quando não incluem a análise nos processos de trabalho<sup>(39)</sup>. Verifica-se, portanto, a importância das reuniões sistemáticas com os profissionais das unidades de saúde, para que a multidisciplinaridade possa favorecer a interdisciplinaridade e para que as dificuldades possam ser discutidas e resolvidas.

Pires e Braga, enfatizam que o psicólogo, muitas vezes, deixa de realizar várias práticas na ampliação do seu trabalho em saúde, relacionando esse fato, ao processo de sua formação acadêmica e indicando que a formação é o caminho a ser seguido para as transformações necessárias quanto à ampliação das práticas de atuação<sup>(44)</sup>. Essa posição é ressaltada também por Hafner et al., além de também reforçar a importância das mudanças, nos cursos de formação dos profissionais da área de saúde, ampliando as possibilidades de atuação na rede pública e sugerem que se propiciem espaços para estimular os profissionais de saúde a uma reflexão sobre sua prática e a equipe, nos serviços de saúde<sup>(46)</sup>. Concorda-se com as observações feitas, considerando-se que há um déficit no quadro de psicólogos, referido pelos participantes, que, aliado à prática do atendimento prioritário individual,

dificulta, ainda mais, atender a demanda para os serviços de psicologia, no campo da pesquisa, contribuindo e resultando num acolhimento não resolutivo, sendo muito relevante, se ampliar a discussão sobre a formação acadêmica e as práticas do profissional de psicologia, na rede pública de saúde.

Quando se trabalha com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada, ao receber a pessoa como paciente, é oferecer acolhimento, que se expressa na relação que se estabelece entre o usuário e o profissional que o atende. Nesse contexto, a contribuição dos diferentes saberes, é favorecida pelo trabalho em equipe, de modo a articular um campo que facilite o atendimento integral ao usuário<sup>(57)</sup>. Essa posição, é ressaltada também por Alcântara et al., que apontam como fundamental o papel do trabalho em equipe multidisciplinar para o desenvolvimento da clínica ampliada<sup>(47)</sup>, que, nesse caso, pode se expressar também como humanização na clínica ampliada, como diretriz, preconizada pela PNH.

### **5.5 Análise integrada dos resultados: Humanização no Acolhimento e na Clínica Ampliada**

O presente estudo, para atender aos seus objetivos, buscou, através dos relatos dos participantes, a sua descrição e a percepção sobre as suas práticas de atuação no atendimento psicológico de forma geral; sobre a PNH e, de forma específica, sobre o acolhimento e a clínica ampliada e o que vem a ser um serviço de psicologia humanizado. Destacam-se alguns trechos das falas, em que eles, fazem um parâmetro entre o serviço de psicologia, e a unidade onde estão inseridos:

*Eu acho muito difícil agente ter um serviço de psicologia humanizado em uma unidade, que não funciona satisfatoriamente, de forma humanizada (E-01-H).*

*Um serviço humanizado é aquele onde o paciente é respeitado e onde as pessoas procuram dar uma eficácia no atendimento dele. De forma geral, nessa unidade, o serviço não é humanizado (E-08-H).*

Para os psicólogos, serviço de psicologia humanizado é: um serviço que vê o usuário, como um sujeito de direitos e deveres; onde o usuário é respeitado; que tenha psicólogo com possibilidade de escuta; é acolher o outro; é entender a demanda do usuário; é um serviço que

respeita os profissionais; onde as relações sejam horizontais; que tenha um ambiente adequado; que tenha uma educação continuada; que tenha um colegiado gestor; que o usuário e a comunidade tenham voz. Destaca-se uma das falas, que aponta para a resolutividade no acolhimento.

*Um serviço humanizado é um serviço que atende as demandas da pessoa, de uma forma integral. Você acolhe aquela pessoa e busca resolutividade na sua organização, na sua atenção (E-11-C).*

Verificou-se nos depoimentos que, para os psicólogos, um atendimento humanizado, é baseado no respeito ao direito do usuário e na atenção no atendimento. **Dos 12 entrevistados, nove consideraram o seu atendimento humanizado**, e apenas três reconheceram o atendimento nem sempre humanizado, diante de fatores, como: dinâmica de marcação na unidade, dinâmica do serviço, e impossibilidade de acolher a demanda:

*Nessa unidade, o serviço de psicologia é humanizado, em partes, porque eu não estou dando conta da demanda (E-10-N).*

Verificou-se, pelos relatos, que, na perspectiva do psicólogo, quando o usuário é atendido, busca-se realizar uma escuta qualificada, e um acolhimento humanizado, refletindo fatores que, além da formação pessoal, pode estar, também, na própria formação acadêmica, do profissional de psicologia. A resposta resultante da análise dos relatos, indicou que a maioria dos participantes considera humanizado o seu atendimento específico ao usuário, quando realizado. Entretanto, isso pode indicar certa confusão, entre a humanização na atenção ao usuário, e a humanização preconizada pela PNH.

Observou-se, pelos relatos, que **o atendimento psicológico, depende de um “SE”**: se o psicólogo tiver vaga disponível para atender e se outras unidades da rede puderem atender. O atendimento acontece, quando é viável, e não como um direito legítimo de todos os usuários do SUS.

Destacam-se, também, alguns fatores que dificultam o acesso do usuário aos serviços de psicologia e caracterizam um acolhimento não resolutivo: déficit de psicólogos nas unidades de saúde; prática prioritária do atendimento psicológico individual; falta de maior



integração entre as equipes multiprofissionais, para a modificação da forma de organização do trabalho, para efetivar a interdisciplinaridade nas unidades; clínica ampliada não relacionada plenamente, a prática do psicólogo; falhas na dinâmica dos encaminhamentos; fragilidade da rede de apoio; falta de maior integração entre os serviços de psicologia das unidades de saúde, no campo da pesquisa.

Considerando, portanto, que **nem sempre o atendimento psicológico resulta em um acolhimento resolutivo**, verificou-se que, dessa forma, **no campo da pesquisa, o atendimento psicológico, não atende aos princípios da PNH.**

Este trabalho, ao longo de sua trajetória, identificou avanços e entraves no processo de desenvolvimento da humanização do atendimento psicológico, no campo da pesquisa. Os poucos avanços estão na própria existência da PNH, com a sua proposta de aperfeiçoamento do sistema público de saúde e o seu reflexo no campo da psicologia, especificamente neste estudo, no atendimento psicológico. Porém, paralelamente aos avanços, existem muitos entraves, indicados pela análise realizada, em diversos pontos que se entrelaçam, sendo barreiras, que dificultam a humanização do atendimento psicológico, no campo da pesquisa, que, em muitos aspectos, encontra-se aquém do preconizado.

Pelo relato dos psicólogos, no que se refere à PNH, considerando o tempo de serviço público dos participantes e o tempo de existência da PNH, foram observadas algumas ações, pontuais, porém incipientes para o fortalecimento da referida política. A PNH é reconhecida como uma proposta interessante. As dificuldades encontradas não estão no ideal, não estão nessa política. A partir da análise do relato dos psicólogos, observou-se que as dificuldades estão na execução. A formação dos profissionais pode também estar contribuindo, assim como a falta de uma educação continuada para a atuação na área da saúde pública. As ações são incipientes e estão soltas. A comunicação e a integração nas ações estão sem avanço ou bloqueadas, conforme se observa em um dos trechos dos relatos:

*Eu acho que o ministério tem sugerido essas construções mais coletivas, horizontais e quem executa são as secretarias municipais. E das secretarias, vêm de forma vertical. E têm uma fragmentação, inclusive dentro da secretaria. E não falo isso, não só de Salvador, mas há dificuldade ainda de fazer algo ampliado na discussão da*

*saúde, então, fica cada um no seu setor, estanque, não dialoga, não existe a comunicação (E-10-N).*

Pode-se, portanto, supor, que os entraves observados, em relação à humanização do atendimento psicológico e a sua resolução, no que se refere às diretrizes acolhimento e clínica ampliada, podem estar relacionados também, entre outros fatores, à falta de um maior fortalecimento da referida política. E, de quem é a responsabilidade? De todos os envolvidos no processo de produção e atenção à saúde, sendo importante a participação de todos, na busca do seu aperfeiçoamento.

## **5.6 Limitação e Perspectiva do Estudo**

Esta pesquisa, apesar da sua importância, para o aperfeiçoamento da humanização do atendimento psicológico na rede pública de saúde, é limitada, já que o campo da pesquisa, limitou-se a um dos 12 distritos sanitários da cidade do Salvador, no Brasil.

A perspectiva é que este estudo possa contribuir para o aperfeiçoamento da Política Nacional de Humanização, através da possibilidade de publicação de artigos, visando o incentivo, para o profissional de psicologia, quanto à reflexão crítica sobre a sua prática profissional para a humanização do atendimento psicológico, aos usuários, da rede pública de saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar a aplicabilidade da proposta da PNH, na prática do psicólogo, em unidades da rede pública de saúde de Salvador – Ba. Os resultados encontrados a partir dos relatos dos participantes demonstraram que, no campo da pesquisa, os profissionais de psicologia identificam e relacionam a diretriz acolhimento às suas práticas de atendimento; reconhecem a clínica ampliada, mas não relacionam plenamente a referida diretriz ao seu campo de atuação; os entrevistados consideram humanizado o seu atendimento prestado ao usuário e, no entanto, o atendimento psicológico apresenta algumas deficiências locais, na rede de atenção à saúde e no acolhimento com resolutividade. Dessa forma, este estudo considera que o atendimento psicológico, no referido campo, não atende aos princípios da PNH, que preconiza o acesso aos serviços e resolutividade no atendimento, com qualidade, ao usuário do SUS.

Frente aos resultados encontrados, análises e reflexões, sugere-se: a ampliação de ações nos serviços, quanto ao incentivo de novas posturas, dos gestores, profissionais da saúde e usuários. Faz-se necessária a modificação de formas de organização do trabalho da saúde pública do município, que requer muito empenho de todos, em especial do poder público, para efetivarem investimentos em diversas dimensões: financeira, capacitação relacional e técnica no aperfeiçoamento do SUS, assim como na efetivação da PNH.

Os gestores, buscando ampliar a intercessão entre a verticalidade e a horizontalidade necessárias, para ampliação da comunicação e integração de ações, que estão no campo, soltas, precisando ser reunidas para o fortalecimento da PNH.

Os profissionais da saúde, participando mais ativamente, na busca das mudanças necessárias, abdicando do papel (considerando as exceções) de expectadores e passando a exercer o papel de construtores. Cada um pode fazer a sua parte, participando com ações concretas, oferecendo o melhor possível, visando a melhoria da sua prática de trabalho, e melhorias da unidade de saúde, onde estão locados, utilizando-se da sua experiência e criatividade.

Os usuários, no sentido de abrir mais espaço à sua expressão para a avaliação sobre os serviços nas unidades de saúde e passarem a exigir seus direitos a um serviço de qualidade. Dessa forma podem ampliar as possibilidades de melhor atendimento, usando também seus espaços de participação social, como o Conselho Municipal de Saúde e outros, considerando que o SUS é uma conquista do movimento social da saúde. Os gestores e profissionais podem e devem, abrir espaço para incluir os usuários como coparticipantes do processo de construção do SUS, como, por exemplo, através de pesquisas que podem ser realizadas nas salas de espera das unidades, visando escutar o que eles têm a dizer do atendimento e o que sugerem como melhoria para o serviço, o que poderá resultar numa riqueza de dados, porque vão ser colhidos de alguém que, muitas vezes, passa horas numa sala de espera para pegar uma ficha de atendimento, ou alguém que precisa ser atendido, por exemplo, por um profissional de psicologia e não o encontra, na rede do distrito sanitário, onde está inserido. Sendo assim, os usuários do SUS, poderão também participar também como construtores desse processo de busca do aperfeiçoamento nos serviços de saúde, questionando e buscando os seus direitos.

Considerando que a fase de formulação de uma política, não tem o seu fim no processo de sua implantação e que as fases se retroalimentam, pois, o processo não é linear; considerando também, que o seu intercâmbio poderá permitir a produção de novos conhecimentos na prática da humanização da saúde, **sugere-se:**

A intensificação de uma maior integração entre Ministério da Saúde, SESAB, SMS, DS, e unidades de saúde às ações da PNH; reciclagem sistemática para todos os profissionais de saúde em exercício; implantação e/ou efetivação, dos Grupos de Trabalhos de Humanização (GTH), previstos pela PNH; reativação do conselho gestor, nas unidades de saúde, onde for possível; reuniões administrativas sistemáticas nas unidades de saúde, para atualização das necessidades, com resolutividade; reuniões técnicas sistemáticas nas unidades de saúde, para maior integração entre as equipes multidisciplinares, visando o fortalecimento da prática da interdisciplinaridade e desenvolvimento da clínica ampliada; maior integração entre os serviços de psicologia e das unidades de saúde, do campo da pesquisa, visando levantamento das dificuldades comuns, levantamento de recursos e busca de resolução para o fortalecimento da rede de psicólogos; desenvolvimentos de projetos de ambiência, nas unidades de saúde, baseados na proposta da PNH.

Considerando, ainda, que a humanização proposta pela PNH, no ideal do HumanizaSUS, preconiza transformações profundas, na lógica da organização do trabalho e das relações, para que haja mudanças nas práticas e nos sujeitos envolvidos. Considerando que os manuais da PNH são imprescindíveis para apresentar a referida política, mas, incluindo que, muitas vezes, existem resistências aos processos de mudança e que, para vencê-las, é preciso criar um espaço de reflexão conduzida e bem orientada, como contribuição específica ao aperfeiçoamento da PNH e da humanização do atendimento psicológico, **de forma especial, sugere-se também:**

Realização ou intensificação de workshops sistemáticos de desenvolvimento pessoal, para os profissionais da saúde, com facilitadores reconhecidos, formando multiplicadores, para possibilitar o acesso a um maior número de profissionais, utilizando-se, na sua dinâmica de realização, o mesmo princípio da transversalidade, preconizada pela PNH que, nesse aspecto, relacionado ao autoconhecimento, pode ser entendido como possibilidade de aumento da comunicação intrapessoal para o autoconhecimento, no que se refere à relação com o trabalho, visando o aperfeiçoamento almejado.

Humanizar a rede de saúde pública no Brasil continua sendo um grande desafio, porém, é viável, desde que se continue a buscar e a disponibilizar os melhores meios, e existem muitos, de se aprimorar formas de teorizar e realizar, na prática, a promoção do bem-estar para todos os envolvidos no processo de produção da saúde pública, com a qualidade que se quer alcançar. Portanto, mudanças devem continuar a ser buscadas, pelo ideal do HumanizaSUS, pelo desenvolvimento da PNH, pelo aperfeiçoamento do atendimento psicológico. E, assim, o processo de desenvolvimento continua...

## REFERÊNCIAS

1. Bahia. Governo do Estado. Atividades do GTH do HGCA- O que é Política Nacional de Humanização. Disponível em:  
[www.saude.ba.gov.br/hgca/index.php?option=com\\_content&id=180&Itemid=54](http://www.saude.ba.gov.br/hgca/index.php?option=com_content&id=180&Itemid=54).
2. Pasche DF; Passos E. A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 4, n. 1, p.92-100, jan/jun. 2008. Disponível em <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewfile/19/82>.
3. Jesus ML. Atuação Psicológica em Serviços Públicos de Saúde, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Qualisus – Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília, DF, 2004. In: Filho, G. Análise de Implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em: [www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/3889/2/000022.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/3889/2/000022.pdf).
5. Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS - Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Brasília-DF. Volume 1. Formação e Intervenção. 2010. Disponível em: [bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf).
7. Bock AMB. Psicologia e Compromisso Social. São Paulo: Ed.Cortez, 2003. p. 143-144.
8. Silva SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan/abr 2009. Disponível em: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341772005](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341772005).
9. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 771-780, 2009. Disponível em: [www.cpgss.pucgoias.edu.br/arquivosUpload3/file](http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/arquivosUpload3/file).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Funasa. Cronologia Histórica da Saúde Pública. Disponível em: [www.funasa.gov.br/site/museo-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica](http://www.funasa.gov.br/site/museo-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica).
11. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e Cogestão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://docplayer.com.br/420061-Ministerio-da-saude-gestao-participativa-e-cogestao.html>.

12. Organização Mundial da Saúde (OMS). OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. Disponível: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Saúde. Do Sanitarismo à municipalização. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>.
14. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16](http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16).
15. Pache DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, Botucatu. V. 13. supl.1. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500021).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF: Ed do Ministério da Saúde, 2001 (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.20). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizusus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizusus_2004.pdf).
18. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf>.
19. Vasconcelos CM; Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.ufsf.br/facfisio/files/2012/06/refe.-SUS-Vasconcelos-e-Pasche.pdf>.
20. Benevides R; Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 11. 2000, Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_11.pdf).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. PNAH. Secretaria da Assistência à Saúde, 2002. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual\\_pnhah.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_pnhah.pdf).

23. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_11.pdf).
24. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH. Política Nacional de Humanização e de gestão do SUS. 3. Ed. Brasília 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/GTH/Cartilha%20da%20PNH.pdf>.
25. Rizzoto MLF, Bortoloto C. O conceito de equidade no desenho das políticas sociais. Interface – Comunic, Saúde, Educ., v. 15, n.38, p. 793 – 803, jul. - set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/14.pdf>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS: documento breve para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf).
27. Benevides R; Passos E. Humanização na Saúde: um novo modismo. Interface Comunic, Saúde, Educação. V.9, n.17, p. 389-406, mar/ago 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>.
28. Baraúna T. Humanizar a ação para humanizar o ato de cuidar. Disponível em: <http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate02/tania01.htm>.
29. Guestaldo D. Comentário sobre o texto Humanização na Saúde: um novo modismo. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v.9, n. 17, p. 395-397, 2005. Disponível em: [www.sistema.saude.sp.gov.br](http://www.sistema.saude.sp.gov.br).
30. Deslandes SF. Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro 2011.
31. Rogers,C. Um Jeito de Ser. Editora E.P.U. São Paulo. 1983.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Rede HUMANIZA SUS. Área da PNH. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto/pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto/pdf).
33. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Rede HumanizaSUS. Área temática da Humanização na Biblioteca Virtual de Saúde. Ed.1. Brasília-DF. 2013. Disponível em: [www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao).
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política de Atenção Básica. Revisão de Diretrizes. Brasília DF-2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf).



35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1820 de 13-08-2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html).
36. Gazuzi M; Achitti, MCO. Sato, CA, et al., Acolhimento na Estratégia Saúde na Família: revisão integrativa. *Revista Panam Salud Pública*. 2014; 35(2): 144-9. Disponível em:  
<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>.
37. Correa ACP. et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuário de uma unidade de saúde de família. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. V3n.3 Porto Alegre, set 2011. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&ing=S1983-14472011000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&ing=S1983-14472011000300003).
38. Nora CRD; Junges JR. Política de Humanização na Atenção Básica: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*. v.47.n.6.São Paulo, dez 2013. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000601186](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186).
39. Filho SBS; Barros MEB; Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*. v.13. supl. 1, p. 603-13, 2009. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500012&script=sci_abstract&tlng=pt).
40. Teixeira CF. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.27, M; 65, p. 257-277, set/dez 2003. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-03.pdf>.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. ed.2. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf).
42. Brasil. Ministério da Saúde. Documento Básico. Sec. de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da PNH. Série B. Textos Básicos de Saúde. 3ª ed. Brasília – DF. 2006. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/56850327/HUMANIZA-SUS-Documento-Basico-Para-Gestores-e-Trabalhadores-SUS-Min-Sd2006>.
43. Moreira MCN. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. *Cadernos de Saúde Pública*. v.23. n.7. Rio de Janeiro, jul 2007. Disponível em:  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0102-311x2007000700030](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x2007000700030).
44. Pires ACT.; Braga TMS. O Psicólogo na Saúde Pública: formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia*. 2009, v. 17, n. 1, p. 151-162. Disponível em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v17n1/v17n1a13.pdf>.
45. Vergílio MS; Oliveira NR. Considerações sobre a clínica ampliada no processo de enfermagem. *Revista de Saúde Coletiva*. v.7 n.38. 2010. P. 61-66. São Paulo. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84212375006.pdf>.

46. Hafner MLM; Moraes MAA; Marvulo MML, et al. A Formação Médica e a Clínica Ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.15. supl.1, Rio de Janeiro, jun 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700083&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700083&script=sci_abstract&tlng=pt).
47. Alcântara LS; Oliveira ACA, Guedes MTS, et al. Interdisciplinaridade e Integralidade: Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no Inca. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2014; 60(2): 109-118. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_60/v02/pdf/04-artigo-interdisciplinaridade-e-integralidade-a-abordagem-do-assistente-social-e-do-enfermeiro-no-inca.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v02/pdf/04-artigo-interdisciplinaridade-e-integralidade-a-abordagem-do-assistente-social-e-do-enfermeiro-no-inca.pdf).
48. Scielo Brasil. *Psicologia Ciência e Profissão*. v.30 no.spe. Brasília dic. 2010. A Psicologia no Brasil. Entrevista com Ana Bock. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000500013&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000500013&lng=es&tlng=pt).
49. Paulin T; Luzio CA. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8 (2), 2009. Disponível em: [http://www.academia.edu/5820255/a\\_psicologia\\_na\\_saude\\_publica\\_desafios](http://www.academia.edu/5820255/a_psicologia_na_saude_publica_desafios).
50. Lopes M. Atuação do campo da Psicologia no contexto da Saúde. *RedeHumanizaSUS*, 2013. Disponível em: <http://www.Redehumanizasus.net/66197-atuacao-do-campo-da-psicologia-no-contexto-da-saude-publica-desafios-e-perspectivas>.
51. Carvalho DB; Yanamoto OH. Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. *Psicologia para América Latina*. *Revista de La Union Latino Americana de Psicologia*. Disponível em: [http://psicolatina.org/Cero/psicologia\\_e\\_politicas\\_publicas.pdf](http://psicolatina.org/Cero/psicologia_e_politicas_publicas.pdf).
52. Castelar M. Contribuições da Memória para uma História da Psicologia no Serviço Público em Campinas. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.
53. Antunes MAM. A Psicologia no Brasil: Um ensaio sobre suas contradições. *Psicologia, Ciência e Profissão*. v32. P. 44-65. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32nspe/v32speca05.pdf>.
54. Roncali AG. O Desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde. In: Romero, N.S.; Silva, N.L.P. O psicólogo no processo de intervenção da Política Nacional de Humanização. *Rev. Psicologia & Sociedade*, 23 (2): p.332-39,2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a14v23n2.pdf>.
55. Romero NS; Pereira SNL. O psicólogo no processo de intervenção da Política Nacional de Humanização. *Rev. Psicologia & Sociedade*, 23 (2): p.332-39,2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a14v23n2.pdf>.

56. Martins GD; Rocha JA. A Psicologia da Saúde e o novo paradigma: novo paradigma? In: Bellim Leite, S.C.; Honorio, T.M.M; Faria, C.R.et tal. Humanização na Psicologia e a aplicação da Psicologia positiva. CES Revista. v24. Juiz de Fora. MG – 2010. Disponível em:  
[http://www.cesjf.br/revista/edições/2010/20\\_psicologia\\_humanizacaonapsicologia.pdf](http://www.cesjf.br/revista/edições/2010/20_psicologia_humanizacaonapsicologia.pdf).
57. Coelho MO; Jorge MSB. Tecnologias das relações como dispositivo do atendimento na atenção básica à saúde na perspectiva de acesso do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (Supl.1):1523-1531, 2009. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>.
58. Merhy EE; Fauerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos.25.pdf>.
59. Portal Educação: Uso das Tecnologias Leves na Promoção da Saúde: as visitas domiciliares e as atividades. 2013. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/2735/uso-de-tecnologias-leves-na-promocao-da-saude-as-visitas-domiciliares-e-as-atividades>.
60. Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma Unidade Básica de Saúde. In: Marques, G.Q.; Lima, M.A.D.S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. *Revista Gaucha de Enfermagem*. Porto Alegre – (RS). 2004. Abr; 25(1): 17-25. Disponível em:  
<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewfile/4490/2427>.
61. Souza APFS; Carvalho FT, Hardine M; et al. A humanização no atendimento: interfaces entre psicologia da saúde e psicologia coletiva. *Boletim de saúde*. v 19. n. 2. Porto Alegre. jul-dez, 2005. Disponível em: [http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/.../20140521142308v19n2\\_06ahu](http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/.../20140521142308v19n2_06ahu).
62. Leite SC; Honorio TMM; Faria CR; et al. Humanização na Psicologia e a aplicação da Psicologia positiva. CES Revista. v. 24. Juiz de Fora. MG – 2010. Disponível em:  
[http://www.cesjf.br/revista/edições/2010/20\\_psicologia\\_humanizacaonapsicologia.pdf](http://www.cesjf.br/revista/edições/2010/20_psicologia_humanizacaonapsicologia.pdf).
63. Daltro HR; Vilas Bôas LM; Damon CAF. Profissionais de Saúde na Contemporaneidade. *Rev. Psicologia, Diversidade e Saúde*. Salvador, dez 2012; 1(1): 3-25. Disponível em:  
<http://www5bahiana.edu.br/index.php/psicologia/ARTICLE/view/35/36>.
64. Crepop. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Como a Psicologia pode contribuir para avançar o SUS: Orientações para gestores. Conselho Federal de Psicologia. Crepop 2013 Ed.2. Brasília-DF. Disponível em:  
<http://www.crepop.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/conasesns-crepop>.

65. Benevides R; Passos E (2003). Complexidade, Transdisciplinaridade e Produção de Subjetividade. In: Romero, N.S.; Silva, N.L.P. O psicólogo no processo de intervenção da Política Nacional de Humanização. Rev. Psicologia & Sociedade, 23 (2): p.332-339,2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a14v23n2.pdf>.
66. Spink MJP. A prática profissional PSI na saúde pública: configurações, histórias e desafios contemporâneos. In: Romero, N.S.; Silva, N.L.P. O psicólogo no processo de intervenção da Política Nacional de Humanização. Rev. Psicologia & Sociedade, 23 (2): p.332-39, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a14v23n2.pdf>.
67. Bardin L. Análise do Conteúdo. Edições 70, Lisboa, Portugal. 2009.
68. Gonçalves RC; Lisboa TK. Sobre o método da história oral, em sua modalidade trajetórias de vida. Rev. Katalysis. Florianópolis. v.10, n.spe. p. 83-92. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0910spe.pdf>.
69. Merhy JCSB. História Oral: Como Fazer, como pensar. Ed. Contexto. São Paulo, 2007.
70. Bahia. ----- Distritos e serviços. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hjm/images/stories/PDF/servdistritos.pdf>.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Unidades Básicas de Saúde – UBS. Portal brasileiro de dados abertos. Disponível em: [www.dados.gov.br / dataset /unidades-basicas-de-saude-ubs](http://www.dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs).
72. Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, CREPOP. Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde. 1 Ed. Brasília, DF. 2010. Disponível em: [http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/02/Praticas\\_ABS.pdf](http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/02/Praticas_ABS.pdf).
73. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. – NASF. Portal da Saúde SUS. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php).
74. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Conceitos e Diretrizes. Set. 2013. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1383057504\\_NASF\\_set2013.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1383057504_NASF_set2013.pdf).
75. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília – DF. 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf).
76. Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, CREPOP. 1 Ed. Brasília-DF. 2009. Práticas Profissionais dos Psicólogos (as). Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: [http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Livro\\_CAPS\\_Psicologo.pdf](http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Livro_CAPS_Psicologo.pdf).

77. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Rev. Ciência &Saúde Coletiva. 17 (3): 621-626, 2012. Disponível em:  
<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>.

NOME/ ENTREVISTADOS	IDADE	COR	RELIGIÃO	ESCOLARIDADE FORMAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO MESTRADO DOUTORADO	INSTITUIÇÃO	UNIDADE SAÚDE	SETOR DE ATIVIDADE	CARGO FUNÇÃO	TEMPO SERVIÇO PÚBLICO	DATA Entrevista	TEMPO DE GRAVAÇÃO	Nº DE PÁG
E- 01-	52	Branca	Católica	Psicologia	Doutorado Em Psicanálise	SESAB	Hosp	Ambulatorio	Psicólogo	26 anos	18-05-15	53:47	10
E- 02 -	32	Branca	Não tem	Psicologia	Esp. Psicologia Do trânsito	SESAB	Hosp	Hospital-dia	Psicólogo	7 anos	07-05-15	1:30:56	22
E- 03 -	33	Parda	Não tem	Psicologia	-	SESAB	Hosp	Emergência e triagem	Psicólogo	7 anos	07-05-15	1:14:26	14
E- 04-	33	Branca	Não tem	Psicologia	Esp. Em Psicodrama	SESAB	Hosp	Internação	Psicólogo	7 anos	11-05-15	1:20:59	17
E- 05 -	52	Parda	Cristã	Psicologia	Esp. Psi. Escolar	SESAB	Hosp	UTI Neonatal	Psicólogo	26 anos	30-04-15	1:36:12	14
E- 06 -	35	Branca	Espírita	Psicologia	-	SESAB	Hosp	Internação	Psicólogo	9 anos	06-05-15	1:12:43	13
E- 07 -	33	N. sabe	Não tem	Psicologia	Esp. Saúde Mental	SESAB	Hosp	Emergência	Psicólogo	10 anos	05-05-15	1:28:11	19
E- 08 -	59	Parda	Não tem	Psicologia	Esp. Atend. Família e Casal	SESAB	Hosp	Ambulatório	Psicólogo	25 anos	11-05-15	1:05:11	13
E-09 -	62	Parda	Não tem	Psicologia	Doutorado Saúde Coletiva	SMS	UBS	Serviço Psicologia	Psicólogo	22 anos	13-05-15	1:35:44	17
E-10 -	33	Branca	Espírita	Psicologia	Pós-graduação Psic. Hospitalar	SMS	NASF	Serviço Psicologia	Psicólogo	10 anos	14-05-15	1:40:33	26
E-11 -	53	Parda	Espírita	Psicologia	Esp. Gestão do Trabalho	SMS	CAPS	Serviço Psicologia	Psicólogo	9 anos	14-05-15	1:08:02	15
E-12-	47	Parda	Pagã	Psicologia	-	SMS	UBS	Serviço Psicologia	Psicólogo	9 anos	15-05-15	1:26:29	16
TOTAL: 12 entrevistas												TOTAL 17 hs 13m	TOT 194 Pag.

## APÊNDICE 2 - Roteiro de Entrevista para Psicólogos

### Dados Pessoais

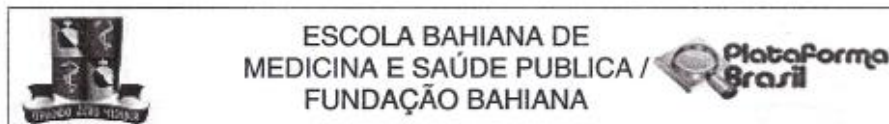
1. Nome
2. Idade
3. Cor
4. Naturalidade
5. Religião
6. Escolaridade
7. Tempo de Profissão
8. Tempo de Serviço Público
9. Tempo nesta Unidade de Saúde
10. Instituição e Unidade de Saúde as quais pertence
11. Cargo ou função que exerce
12. Tipo de trabalho que desenvolve nesta Unidade de Saúde

### PERGUNTAS:

- 1- Você conhece a Política Nacional de Humanização?
- 2- O que você conhece sobre a PNH?
- 3- O que você conhece sobre as diretrizes acolhimento e clínica ampliada?
- 4- Você participou da implantação da PNH com curso, treinamento?  
Onde- por quanto tempo- se estava lotado nesta unidade – reciclagens?
- 5- Você aplica na sua prática profissional as diretrizes acolhimento e clínica ampliada? (Especifique).
- 6- Para a PNH, o que é um serviço humanizado?
- 7- Para você o que é um serviço de psicologia humanizado?
- 8- Nesta unidade você considera o serviço de psicologia humanizado? (Especifique).
- 9- Você acha que seu atendimento em psicologia é humanizado? (Especifique).
- 10- Quais as suas sugestões para implementação e aperfeiçoamento das diretrizes: Acolhimento e Clínica Ampliada, no atendimento psicológico ao usuário do SUS, nesta unidade e especificamente em seu atendimento.

## ANEXOS

## ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS CONSELHOS E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

**Pesquisador:** Marilda Castelar

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 33098814.0.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.317.532

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa foi aprovada por este Comitê pelo parecer 804.222 e relatoria de 24/09/2014. O Pesquisador Responsável informa que considerando o tempo transcorrido foi elaborado um relatório para informar o andamento da pesquisa no período setembro de 2014 a setembro/2015. E para informar mudanças na equipe e a necessidade de aperfeiçoamentos nos objetivos específicos, e no cronograma, solicitamos portanto uma ementa dos mesmos. Considerando que a presente pesquisa enquadra-se no campo das ciências humanas, usa métodos qualitativos e por ser do tipo exploratória poderá no curso de seu processo aperfeiçoar ou modificar seus objetivos

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário do Protocolo Original ( Primeira versão)

1. Mapear a presença e a atuação dos profissionais de saúde e de militantes de movimentos sociais nos Conselhos de Direitos e nas políticas públicas no Estado da Bahia.

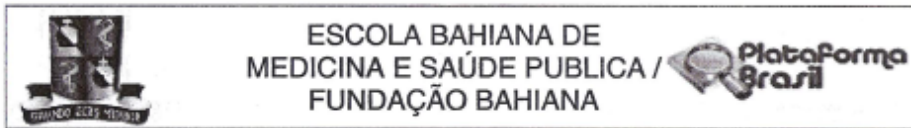
Proposta de nova redação dos Objetivos Específicos:

a) Descrever as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde da Bahia e suas

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahians.edu.br

*bab onta*





Continuação do Parecer: 1.317.532

implicações na Política de Saúde Bucal.

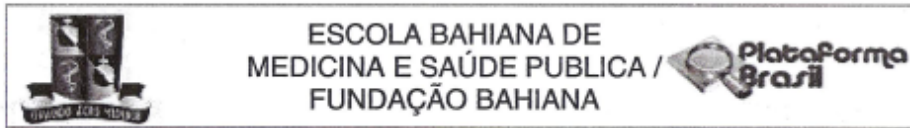
- b) Levantar, descrever e analisar as concepções sobre relações raciais de profissionais de saúde que participam de Conselhos de Saúde e de Igualdade Racial Estadual e Municipal existentes em Salvador, no Estado da Bahia.
- c) Identificar as principais práticas inovadoras vinculadas aos profissionais de psicologia para elaboração de políticas públicas e no enfrentamento do racismo institucional em Salvador.
- d) Conhecer os desafios relacionados à atenção psicológica a surdos que utilizam a LIBRAS como meio de comunicação, verificando a possibilidade de desenvolver formas de atendimento e acessibilidade que atendam as demandas da Comunidade Surda que utiliza a LIBRAS.
- e) Identificar concepções de psicólogas brancas sobre o racismo.
- f) Conhecer a perspectiva dos psicólogos sobre as políticas públicas para crianças e adolescentes voltadas para as medidas sócio educativas.
- g) Identificar as concepções de profissionais de Psicologia sobre as políticas públicas voltadas para a atenção a adolescentes em situação de abortamento nos serviços públicos terciários de Salvador, com vistas à criação de tecnologias leve.
- h) Compreender as práticas do psicólogo no acompanhamento às gestantes na atenção primária.
- i) Mapear a presença de psicólogos que atuam nos conselhos de saúde e nas políticas de saúde na Região Sudoeste da Bahia, bem como analisar a atuação desses profissionais nestas áreas.
- j) Analisar a efetivação das diretrizes: Acolhimento e Clínica Ampliada, da Política Nacional de Humanização (PNH), no atendimento psicológico aos usuários do SUS, em unidades de saúde de Salvador Bahia.
- k) Registrar a história de vida de profissionais de saúde e de militantes na efetivação das políticas públicas voltadas para a população negra e no combate ao racismo institucional.
- l) Construir um banco de dados sobre os conselhos de direitos, políticas públicas e histórias de vida de profissionais e de militantes de movimentos sociais da Bahia

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O Pesquisador Responsável mantém os riscos e benefícios do projeto original.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275	CEP: 40.290-000
Bairro: BROTAS	
UF: BA Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3276-8225	E-mail: ocp@bahians.edu.br

*Brotas*



Continuação do Parecer: 1.317.532

**Riscos:**

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Esta pesquisa envolve um risco mínimo que se baseia na possibilidade de constrangimento ao responder alguma questão. Caso isso ocorra, estes participantes poderão optar por não responder qualquer questão online, ou mesmo de não participar da pesquisa. As pesquisadoras farão o possível para minimizar qualquer tipo de situação, as entrevistas serão realizadas em local silencioso, que garantam o sigilo e confidencialidade do entrevistado, também se comprometem em manter sigilo sobre os conteúdos e possíveis ocorrências.

**Benefícios:**

Os Benefícios diretos aos participantes estão relacionados, à maior compreensão dos processos participativos, das demandas dos movimentos sociais que devem possibilitar mudanças em concepções e práticas dos profissionais de saúde no atendimento à população, que poderá ser beneficiada com um maior controle social dos bens públicos e no sistema de saúde. Impacto na Formação: esta pesquisa pretende contribuir com a formação de recursos humanos, a partir da reflexão acerca dos problemas de escolarização em uma perspectiva crítica no processo de formação de professores e profissionais de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O pesquisador Responsável anexou o relatório parcial da pesquisa informando o andamento da pesquisa no período de um ano.

Anexou a Emenda 3 informando mudanças na equipe e a necessidade de aperfeiçoamentos nos objetivos específicos, e no cronograma.

O cronograma original foi programado para o final da pesquisa em 01/03/2016 01/07/2016. O atual apresenta um prazo para o término da pesquisa em 2017.

Não contempla no cronograma o prazo de envio do relatório parcial e final ao CEP-EBMSP, e além disso não distingue

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275	CEP: 40.290-000
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225	E-mail: cep@bahiana.edu.br

*Brotas*



Continuação do Parecer: 1.317.532

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os pesquisadores postaram os documentos correspondentes a emenda em consonância com a Resolução 466/12.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise da emenda e do protocolo de pesquisa original, a emenda foi aprovada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

**XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

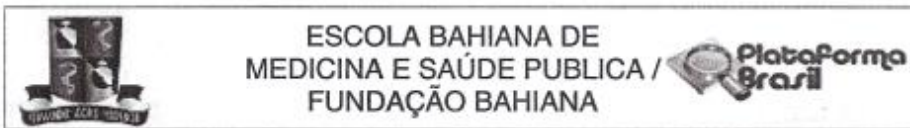
- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Instrumento.pdf	11/11/2015 09:36:06	CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_604058 E1.pdf	14/10/2015 15:29:15		Aceito
Outros	Anexo_5_TCLE_Questionario_Online_0 1_10_15.pdf	14/10/2015 14:43:58	Marilda Castelar	Aceito
Outros	Relatorio_Parcial_CEP_01_10_2015.pdf	06/10/2015 16:40:21	Marilda Castelar	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br

*Brotas*



Continuação do Parecer: 1.317.532

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Marilda_Castelar_01_10_2015.pdf	06/10/2015 16:38:00	Marilda Castelar	Aceito
Cronograma	Apendice_1_Cronograma_01_10_15.pdf	06/10/2015 16:34:34	Marilda Castelar	Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE 1 Cronograma Projeto Marilda Castelar 2014-2016.pdf	31/08/2014 22:44:05		Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE 2 Orçamento Detalhado CEP Marilda Castelar.pdf	31/08/2014 22:41:40		Aceito
Declaração de Pesquisadores	APENDICE 3 Roteiro Geral e específicos de Entrevistas 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:39:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO 5 Autorização de Uso de Imagem, Som 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:37:57		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta de Anuência Hospital Juliano Moreira.jpg	31/08/2014 22:28:46		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta de Anuência HGRS.jpg	31/08/2014 22:28:09		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta de Anuência CRPBA -OF. 319.jpg	31/08/2014 22:27:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto CEP Marilda Castelar revisado 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:26:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Psicólogas SSA 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:25:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - Conselheiros 30.08.2014.pdf	31/08/2014 22:24:35		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto Assinada PósGrad.jpg	20/06/2014 16:15:20		Aceito
Outros	Instrumento Validado coleta de dados etapa 1.pdf	20/06/2014 16:06:35		Aceito
Outros	QUESTIONARIO - Primeira Etapa.pdf	20/06/2014 16:05:01		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta Anuência Conselho de Saúde.jpg	20/06/2014 16:02:44		Aceito
Outros	Autorização da Autora para uso de instrumento validado.pdf	20/06/2014 16:02:06		Aceito

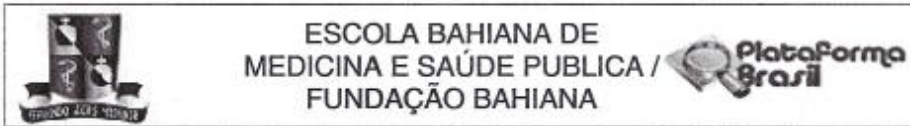
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br

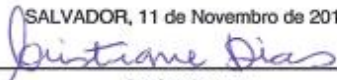
*Brotas*



Continuação do Parecer: 1.317.532

Não

SALVADOR, 11 de Novembro de 2015

  
Assinado por:  
**CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS**  
(Coordenador)

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
**BAHIANA**

Cristiane Maria Carvalho Costa Dias  
Fica-Carregadora de CEP  
Coordenadora de Departamento de Saúde Humana

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275  
Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br

Página 06 de 06

*Substituído*

## ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS (CEP)

#### ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

#### Termo de Consentimento Livre Esclarecido

### **Título do Projeto: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS CONSELHOS E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.**

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, instituição pública legalmente constituída e habilitada, na qual são realizadas investigações científicas.

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa : “ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS CONSELHOS E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS” e do sub projeto “**A Humanização do Atendimento Psicológico: Uma análise da Política HumanizaSUS em Salvador – Bahia**”, que visa analisar a implementação das diretrizes Acolhimento e Clínica Ampliada, da Política Nacional de Humanização (PNH), no atendimento psicológico aos usuários do SUS, no Distrito Sanitário Cabula – Beirú, no Município de Salvador Bahia.

Caso concorde em participar, suas respostas serão anotadas, gravadas e guardadas em lugar seguro no banco de dados do Grupo de Pesquisa: Psicologia, Diversidade e Saúde da EBMS – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a responsabilidade dos pesquisadores: Marilda Castelar, e-mail: marildacastelar@bahiana.edu.br, tel. (71) 99874406, Maria Augusta Cerqueira, e-mail: matc.guta@gmail.com, tel. (71) 92966151 e Kaike Oliveira de Jesus, e-mail: kaikejesus13.1@bahiana.edu.br, tel. (71)85107714.

Os participantes desta pesquisa, responderão a algumas questões referentes à Política Nacional de Humanização, sobre a implementação das diretrizes: Acolhimento e Clínica Ampliada, na prática do atendimento psicológico a usuários do SUS. Desta forma, como perspectiva futura, esta pesquisa poderá trazer novos parâmetros ao aperfeiçoamento da Política Nacional de Humanização e a prática do profissional psicólogo, relacionada às referidas diretrizes.

Você poderá não responder as questões que não desejar e também poderá deixar a pesquisa. A entrevista será gravada em áudio, conforme a sua autorização. Os resultados desta pesquisa, poderão ser divulgados em congressos, revistas científicas, mídia impressa (artigos, livro e ou jornal), divulgação científica de pesquisas e relatórios. O som das entrevistas e sua transcrição serão arquivados para formação de acervo histórico, no banco de dados do Grupo de Pesquisa Psicologia, Diversidade e Saúde.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Esta pesquisa envolve um risco mínimo, que se baseia na possibilidade de constrangimento ao responder alguma questão. Caso isso ocorra, os participantes poderão optar por não responder a qualquer questão ou mesmo de não participar da pesquisa. Os pesquisadores farão o possível para minimizar qualquer tipo de situação. As entrevistas serão realizadas em local silencioso que garanta o sigilo e confidencialidade do entrevistado e também se comprometem em manter sigilo sobre os conteúdos e possíveis ocorrências.

Os benefícios diretos aos participantes, estão relacionados a maior compreensão dos processos participativos, das demandas que devem possibilitar mudanças em concepções e práticas dos profissionais de saúde e em especial aos psicólogos (as), no atendimento à população, bem como um maior controle social dos bens públicos e no sistema de saúde.

Os pesquisadores abaixo assinado se comprometem em seguir todas as normas e diretrizes vigentes, direcionadas pela resolução 466-12 (Pesquisa com Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, mantendo postura ética diante desta pesquisa e dos participantes, perante o desenvolvimento da mesma e em relação a guarda do material em local seguro. Ressalta-se também a guarda de sigilo em relação à identidade dos participantes que terão a garantia, de total esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, estando, portanto livres para recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar este consentimento a qualquer momento.

Este termo é composto de duas vias de igual conteúdo, sendo a primeira para arquivamento pelo pesquisador e a segunda para o entrevistado.

Eu, \_\_\_\_\_ dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimento e compreendido.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (local e data)



\_\_\_\_\_ (impressão digital)

Assinatura do participante

Endereço para retorno dos resultados

Tel.

E-mail:

Assinatura dos (as) pesquisadores (as)

-----

Marilda Castelar (marildacastelar@bahiana.edu.br) (cel. 71 – 9987 4406 )

-----

Maria Augusta Cerqueira (matc.guta@gmail.com) (cel. 71 – 9296-6151 )

-----

Kaike Oliveira de Jesus (kaikejesus13.1@bahiana.edu.br) (cel. 71 – 85107714)

Em caso de dúvida ou denúncia entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina Saúde Pública – Rua Frei Henrique n. 08 – Nazaré. Salvador – Ba. CEP 40-050-420 - tel. (71) 2101- 2944. E-mail: [cep@bahiana.edu.br](mailto:cep@bahiana.edu.br)

### **ANEXO 3 - A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**

“Diário Oficial REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL Imprensa Nacional BRASÍLIA - DF. Nº 155 – DOU – 14/08/09 – seção 1- p.80

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

**PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009**

**Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.**

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando os arts. 6º e 196 da Constituição Federal; **Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a organização e funcionamento dos serviços correspondentes; e **Considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003**, do Ministério da Saúde; e **Considerando a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, de 2007**, do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Dispor sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente. Art. 2º **Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.** § 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa. § 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa, bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade. § 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema. § 4º O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação. § 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios. Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde. Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado: I - atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento; II - informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a: a) possíveis diagnósticos; b) diagnósticos confirmados; c) tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados; d) resultados dos exames realizados; e) objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento; f) duração prevista do tratamento proposto; g) quanto a procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirúrgicos; h) a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração; i) partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis; j) duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação; k) evolução provável do problema de saúde; l) informações sobre o custo das intervenções das quais a pessoa se beneficiou; m) outras informações que forem necessárias; III - toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde; IV - registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações: a) motivo do atendimento e/ou internação; b) dados de observação e da evolução clínica; c) prescrição terapêutica; d) avaliações dos profissionais da equipe; e) procedimentos e cuidados de enfermagem; f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos; g) a quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade; h) identificação do responsável pelas



anotações; i) outras informações que se fizerem necessárias; V - o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento; VI - o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, devem conter: a) o nome genérico das substâncias prescritas; b) clara indicação da dose e do modo de usar. c) escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível; d) textos sem códigos ou abreviaturas; e) o nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional; e f) a assinatura do profissional e a data; VII - recebimento, quando prescritos, dos medicamentos que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde; VIII - o acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário; IX - o encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento que contenha: a) caligrafia legível ou datilografada ou digitada ou por meio eletrônico; b) resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento; c) linguagem clara evitando códigos ou abreviaturas; d) nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, assinado e datado; e e) identificação da unidade de saúde que recebeu a pessoa, assim como da Unidade que está sendo encaminhada. Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas; II - a identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e/ou por outras formas de identificação de fácil percepção; III - nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte: a) a integridade física; b) a privacidade e ao conforto; c) a individualidade; d) aos seus valores éticos, culturais e religiosos; e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; f) a segurança do procedimento; g) o bem-estar psíquico e emocional; IV - o atendimento agendado nos serviços de saúde, preferencialmente com hora marcada; V - o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames; VI - o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida; VII - o direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente aberta em todas as unidades de internação, ressalvadas as situações técnicas não indicadas; VIII - a continuidade das atividades escolares, bem como o estímulo à recreação, em casos de internação de criança ou adolescente; IX - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha; X - a escolha do local de morte; XI - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto; XII - o recebimento de visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário; XIII - a opção de marcação de atendimento por telefone para pessoas com dificuldade de locomoção; XIV - o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros; XV - a não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação; e XVI - a espera por atendimento em lugares protegidos, limpos e ventilados, tendo à sua disposição água potável e sanitários, e devendo os serviços de saúde se organizarem de tal forma que seja evitada a demora nas filas. Art. 5º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe: I - a escolha do tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes da legislação e a informação pela operadora sobre a cobertura, custos e condições do plano que está adquirindo; II - o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública; III - o acesso da pessoa ao conteúdo do seu

prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio; IV - a obtenção de laudo, relatório e atestado médico, sempre que justificado por sua situação de saúde; V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais; VI - a não-submissão a nenhum exame de saúde pré-admissional, periódico ou demissional, sem conhecimento e consentimento, exceto nos casos de risco coletivo; VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia; VIII - o recebimento ou a recusa à assistência religiosa, psicológica e social; IX - a liberdade, em qualquer fase do tratamento, de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados; X - a não-participação em pesquisa que envolva ou não tratamento experimental sem que tenha garantias claras da sua liberdade de escolha e, no caso de recusa em participar ou continuar na pesquisa, não poderá sofrer constrangimentos, punições ou sanções pelos serviços de saúde, sendo necessário, para isso; a) que o dirigente do serviço cuide dos aspectos éticos da pesquisa e estabeleça mecanismos para garantir a decisão livre e esclarecida da pessoa; b) que o pesquisador garanta, acompanhe e mantenha a integridade da saúde dos participantes de sua pesquisa, assegurando-lhes os benefícios dos resultados encontrados; c) que a pessoa assine o termo de consentimento livre e esclarecido; XI - o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade; e XII - a participação nos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos de saúde e nos conselhos gestores da rede SUS. Art. 6º Toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção. Parágrafo único. Para que seja cumprido o disposto no caput deste artigo, as pessoas deverão: I - prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre: a) queixas; b) enfermidades e hospitalizações anteriores; c) história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas; d) demais informações sobre seu estado de saúde; II - expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso ainda tenha dúvidas, solicitar esclarecimento sobre elas; III - seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento; IV - informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde; V - assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde; VI - contribuir para o bem-estar de todos nos serviços de saúde, evitando ruídos, uso de fumo e derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a segurança e a limpeza do ambiente; VII - adotar comportamento respeitoso e cordial com às demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde; VIII - ter em mão seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder; IX - cumprir as normas dos serviços de saúde que devem resguardar todos os princípios desta Portaria; X - ficar atento às para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco sua saúde e a da comunidade, e adotar medidas preventivas; XI - comunicar aos serviços de saúde, às ouvidorias ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados; XII - desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida; XIII - comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de caso de doença transmissível, quando a situação requerer o isolamento ou quarentena da pessoa ou quando a doença constar da relação do Ministério da Saúde; e XIV - não dificultar a aplicação de medidas sanitárias, bem como as ações de fiscalização sanitária. Art. 7º Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação. § 1º O direito previsto no caput deste artigo, inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados, sobre: I - o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e sobre o SUS; II - os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS; III - as ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; e IV - a interferência das relações e das condições sociais,

econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade. § 2º Os órgãos de saúde deverão informar as pessoas sobre a rede SUS mediante os diversos meios de comunicação, bem como nos serviços de saúde que compõem essa rede de participação popular, em relação a: I - endereços; II - telefones; III - horários de funcionamento; e IV - ações e procedimentos disponíveis. § 3º Em cada serviço de saúde deverá constar, em local visível à população: I - nome do responsável pelo serviço; II - nomes dos profissionais; III - horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço; e IV - ações e procedimentos disponíveis. § 4º As informações prestadas à população devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa. § 5º Os conselhos de saúde deverão informar à população sobre: I - formas de participação; II - composição do conselho de saúde; III - regimento interno dos conselhos; IV - Conferências de Saúde; V - data, local e pauta das reuniões; e VI - deliberações e ações desencadeadas. § 6º O direito previsto no caput desse artigo inclui a participação de conselhos e conferências de saúde, o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS. Art. 8º Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores. Parágrafo único. Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, comprometem-se a: I - promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas, para sua efetivação; II - adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta Portaria, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas; III - incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e participação de controle social do SUS; IV - promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta Portaria; V - adotar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do Sistema Único de Saúde; VI - promover melhorias contínuas, na rede SUS, como a informatização, para implantar o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico com os objetivos de: a) otimizar o financiamento; b) qualificar o atendimento aos serviços de saúde; c) melhorar as condições de trabalho; d) reduzir filas; e e) ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde. Art. 9º Os direitos e deveres dispostos nesta Portaria constitui em a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Parágrafo único. **A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde deverá ser disponibilizada a todas as pessoas por meios físicos e na internet**, no seguinte endereço eletrônico: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Art. 11. Fica revogada a Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 63 de 31 de março de 2006, seção 1, página 131.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO”

## ANEXO 4 - Artigo publicado no iSaúde Bahia

NOTÍCIAS ESPORTES ENTRETENIMENTO



[Aprendendo sobre Saúde](#)
[Saúde Mental e Família](#)
[Prevenção e Bem Estar](#)
[Reabilitação](#)
[Medicina Integrativa](#)
[Temas Especiais](#)

### Guias especiais do iSaúde Bahia



**FITNESS**  
entenda as diferenças entre os exercícios anaeróbios e aeróbios



**NUTRIÇÃO**  
de que cor é o seu prato? uma alimentação colorida garante mais saúde



**SAÚDE INFANTIL**  
crise de agitação e agressividade, aprenda a identificar quando uma criança está esquizofrênica



**REABILITAÇÃO**  
o que você conhece sobre as lesões do manguito rotador do ombro?

Publicada em 27/06/2014 às 00h00. Atualizada em 27/06/2014 às 09h00

## Você já ouviu falar em Humaniza SUS?

Saiba mais sobre a Política Nacional de Humanização e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde no Brasil.

COMPARTILHE

Tweetar

Like 14



O Ministério da Saúde, em 2004, visando a efetivação da reorganização e concretização do setor saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), criou a Política Nacional de Humanização (PNH).

Essa iniciativa surgiu de um processo de construção do SUS, que mesmo antes da constituição da PNH, trazia a discussão, o tema humanização, às vezes sob outras designações, em vários contextos oriundos de insatisfações, reflexões, e reivindicações, por parte dos gestores, profissionais da saúde e usuários do SUS, que sintetizavam um clamor pela qualidade, pela busca de melhorias na atenção ao usuário e também por melhores condições de trabalho para os profissionais da saúde.



### Conteúdo Relacionado

[Humanização na Saúde: Dever ou Direito?](#)

### Fale Conosco

[Clique aqui e mande sua dúvida](#)



Be the first of your friends to like this



Entre as várias ações e eventos relacionados a esse tema, podemos citar a XI Conferência de Saúde, realizada em 2000, que teve como temática: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Muitas outras iniciativas, embora importantes no processo de construção, eram localizadas e pontuais e, às vezes, a fragilidade conceitual e metodológica de determinadas ações, reclamavam outras saídas para os problemas da qualidade da atenção à saúde de usuários e trabalhadores. Diante dessa questão, a PNH, nasce como radicalização da aposta na humanização.

*"O documento base do Ministério da Saúde, sobre a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, assume, entre outras diretrizes, que a humanização deve ser vista como política que transversaliza todo o sistema..."*

O documento base do Ministério da Saúde, sobre a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, assume, entre outras diretrizes, que a humanização deve ser vista como política que transversaliza todo o sistema: das rotinas dos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias em redes multiprofissionais e interdisciplinares, implicando gestores, profissionais e usuários, em processos humanizados de produção de serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde e de enfrentar os seus agravos.

Attingir plenamente os ideais propostos na Política Humaniza SUS, certamente é um grande desafio, porém viável, desde que se busque e se disponibilize os melhores meios, além do interesse e da participação de todos os envolvidos no processo, desde os gestores, os profissionais da saúde e os usuários do SUS, para aprimorar formas, não só de teorizar mas de buscar e realizar, na prática, a promoção da saúde que todos os brasileiros merecem ter.

O presente texto tem como objetivo, fazer apenas algumas considerações, sobre a Política Nacional de Humanização e de reforçar a informação sobre “A carta dos direitos dos usuários da saúde”, visando chamar a atenção sobre o seu conteúdo e sugerir uma reflexão, acompanhamento e participação do usuário, para o aperfeiçoamento dessa meta, apresentada pelo Ministério da Saúde.

Através da Internet, você poderá acessar “A carta dos direitos dos usuários da saúde” para ler, na íntegra, sobre a Portaria nº 1.820 do [Conselho Nacional de Saúde](#), que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, onde consta a referida carta, edição 2006 (ilustrada) e edição 2012 (mais recente).

Mais informações você encontrará no [Portal da Saúde](#) que indica também, o Disque Saúde 136 - Ouvidoria Geral do SUS.

### Referências:

#### Referências

- 1- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria da Atenção a Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < [www.bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_2004.pdf](http://www.bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf) >.
- 2- Conferência Nacional de Saúde (11. ed., 2000). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 3- Ministério da Saúde (Brasil). A carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca>>.

**Palavras Chave:** humaniza sus política nacional de humanização  
carta dos direitos dos usuários da saúde no brasil saúde pública

COMPARTILHE Tweeter Like 14

### Autor(es)

**Maria Augusta Cerqueira / CRP03-205**

Psicóloga, mestranda em Tecnologias em Saúde - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

## Saiba Mais

> [Ministério da Saúde – Portal da Saúde](#)  
> [Conselho Nacional de Saúde](#)

## Redes Sociais

© 2013. Todos os direitos reservados. [Política de Privacidade](#)

[Quem Somos](#)   [Contato](#)   [Anuncie](#)

TECNOLOGIA  
**CONVERGENCEWORKS**

última modificação: 24 Jan 2016

Todo o conteúdo disponibilizado neste website é de exclusiva responsabilidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública cabendo a mesma qualquer responsabilidade legal sobre o conteúdo produzido e exibido através do site iSaude Bahia, o qual tem por objetivo a informação, divulgação e educação acerca de temas de saúde, e cujos conteúdos expressam tão somente o ponto de vista da instituição. Tais informações não deverão, de forma alguma, ser utilizadas como substituto para o diagnóstico ou tratamento de qualquer doença sem antes consultar um profissional de saúde. Proibida a reprodução integral ou parcial, para uso comercial, editorial ou republicação na internet, sem autorização mesmo que citada a fonte - (Inciso I do Artigo 29 - Lei 9.610/98). Os anúncios publicitários são de responsabilidade exclusiva de seus respectivos anunciantes, não constituindo qualquer forma de indicação ou de interferência no conteúdo editorial.

## ANEXO 5 – Artigo publicado na Revista Psicologia, Diversidade e Saúde



# HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

• *discurso ou recurso?* •

*Denise Senna Amarante\**, *Maria Augusta Cerqueira\*\**, *Marilda Castelar\*\*\**

\* Odontóloga. Especialista em Medicina Social pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestranda em Tecnologias em Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. dsamarante@hotmail.com

\*\* Psicóloga, graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto. Mestranda em Tecnologias em Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. matc.guta@gmail.com

\*\*\* Psicóloga. Doutora em Psicologia Social - PUC-SP. Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. marildacastelar@bahiana.edu.br

### Resumo

Este artigo apresenta considerações sobre a Política de Humanização da Saúde Pública no Brasil. O objetivo é abordar alguns aspectos e sugerir uma reflexão sobre o conceito e a proposta da Política HumanizaSUS. Através de uma breve revisão de literatura, espera-se que alguns aspectos da referida política sejam discutidos, visando o seu aprofundamento e conseqüente avanço, para ultrapassar os entraves que ainda existem, contribuindo para o desenvolvimento e excelência do sistema de saúde pública do nosso país.

*Palavras-chave:* Políticas Públicas de Saúde; Programa HumanizaSUS; Humanização.

### PUBLIC HEALTH`S HUMANIZATION IN BRAZIL

• *speech or resource?* •

### Abstract

This article presents considerations about the Politic of Public Health's Humanization in Brazil. The objective is to board some aspects and to suggest a reflection about the concept and the proposal of the HumanizaSUS Politic. Through a brief review of literature, it is expected that some aspects of the politic previously listed, will be discussed, aiming at deepening and consequent advancement, to overcome the barriers that still exist, contributing to the development and excellence of the public health system of our country.

*Keywords:* Health's Public Politic; HumanizaSUS Program; Humanization.

## INTRODUÇÃO

Educação, Saúde, Desenvolvimento e Qualidade de Vida, são assuntos que pela sua importância para o ser humano, estão na pauta atual das investigações a nível internacional e nacional, pois embora as pesquisas e implantação de programas nestas áreas, apresentem grandes avanços científicos na teoria e na prática, ainda há muito que precisa ser feito, em todos os continentes. Ao longo da história, a Organização das Nações Unidas (ONU), desempenhou um papel fundamental para se alcançar um consenso internacional sobre ações para o desenvolvimento. No campo da saúde, por exemplo, é possível encontrar muitos debates que expressam visões e projetos políticos para se atingir níveis de evolução mais avançados, no complexo sistema da vida humana. A Organização Mundial da Saúde (OMS) agência da ONU para este fim, trabalha para atingir o objetivo: “Obtenção por todos os povos, do nível de saúde mais alto possível”, dirigindo e coordenando os trabalhos acerca da saúde internacional, que infelizmente ainda apresenta enorme discrepância na sua eficácia, entre os países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos, nos vários continentes.<sup>(1)</sup>

O campo da saúde coletiva resulta e é expressão de movimentos sociais, de tensionamento e de reconstrução de certos modos de conceber a ciência e de se agir em saúde.<sup>(2)</sup> Área interdisciplinar e multiprofissional aos modos de produção e legitimação dos saberes na área de saúde, a saúde coletiva se apresenta ao mesmo tempo como movimento teórico, prático e político<sup>(3)</sup> contestando, em alguma medida, a produção de saberes sob os ditames estanques da ciência positivista e cartesiana, partindo do pressuposto de que não há ciência neutra, se não interessada.

A história nos ensina que movimentos de crítica e recomposição no campo da saúde, que redefinem conceitos e modos de reorganizar o setor, são incessantes e ininterruptos. Especificamente no caso brasileiro, as transformações mais importantes no sistema público de saúde, impetrados desde meados dos anos de 1980, decorreram da emer-

gência e da produção teórico-metodológica da saúde coletiva.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista na área de saúde pública, nascida das lutas sociais pela democracia do país que em 1988 ganhou estatuto constitucional. Com o passar dos anos muitos outros desafios convocaram a manutenção da militância no campo da saúde.

O Ministério da Saúde, em 2004, visando à efetivação da reorganização e concretização do setor saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) criou a Política Nacional de Humanização (PNH).<sup>(4)</sup>

Neste sentido, o presente texto tem por objetivo, discutir alguns aspectos da referida política de saúde no contexto atual e sugerir reflexões sobre seu conceito e aperfeiçoamento da efetivação da proposta, através de uma breve revisão crítica da literatura encontrada, balizada pela experiência profissional das autoras no campo da saúde coletiva.

## POLÍTICA HUMANIZA SUS

No processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo antes da constituição da PNH, o tema da humanização, às vezes sob outras designações, aparece em vários contextos, geralmente ligado à busca de melhoria na qualidade da atenção ao usuário, e também aos trabalhadores da saúde. Pelo lado dos usuários, as reivindicações podem ser sintetizadas pelo clamor de qualificação e de ampliação do acolhimento, da resolutividade e da disponibilidade dos serviços. Os trabalhadores, por sua vez, querem melhores condições de trabalho e de formação, para lidar satisfatoriamente com a intensidade do impacto que o enfrentamento cotidiano da doença e do sofrimento impõe, bem como para dar conta dos desafios da assistência nas perspectivas da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde, consignadas pelo SUS.

Em um intenso movimento de aperfeiçoamento e instalação do Sistema Único de Saúde em todo



país, as Conferências Nacionais de Saúde, desempenharam importante papel nas redefinições de metas e estratégias para a sua implantação. A XI Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, realizada em 2000, já apresentava como temática: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”.<sup>(5)</sup> Várias outras ações, também já confirmavam a presença, há algum tempo com projetos relacionados, ainda que parcialmente, à humanização da atenção à saúde na construção do SUS. No entanto, em sua maioria, essas iniciativas eram localizadas ou pontuais, e se estruturavam a partir de concepções variadas e de intenções e enfoques específicos. Mais que isso, embora certas iniciativas fossem relevantes, a fragmentação, a disparidade de perspectivas e, às vezes, a fragilidade conceitual e metodológica de determinadas ações reclamavam outras saídas para os problemas da qualidade da atenção à saúde de usuários e trabalhadores. Os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos.<sup>(6)</sup>

Diante desse tipo de problemática, a PNH nasce como radicalização da aposta na humanização. O documento base do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde assume, entre outras diretrizes, que a Humanização deve ser vista como política que transversaliza todo sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares, implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos.

A humanização do atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário, de objeto passivo a sujeito; do necessitado de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta

qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis. Deve se ressaltar que humanização implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento “humanizado”, o que em um primeiro momento pode parecer redundante. Entretanto a padronização do atendimento e dos procedimentos protocolares, é um fato constatado no cotidiano das práticas de saúde, que pode levar à rigidez e impessoalidade da relação. Ademais, o modelo utilizado predominantemente no atendimento à saúde ainda estabelece que o profissional possui autoridade, pois é detentor de conhecimento e habilidades. Nesse contexto, o profissional assume a responsabilidade pela tomada das decisões, as pessoas deixam de ser o centro das atenções com facilidade, sendo transformadas em objeto do cuidado e fonte de lucro, ficando dependentes e passivas à espera do poder científico que os profissionais de saúde julgam ter. O comércio da doença acaba se sobrepondo à dignidade das pessoas. Falar em humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho.

A Humanização passa a ser definida como uma política, e não mais como programa, norteando princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS. Significa dizer que o estabelecimento da PNH pelo Ministério da Saúde procura confrontar tendências tecnocráticas e iatrogênicas arraigadas em políticas e serviços de saúde. Esses objetivos não são de fácil assimilação e operacionalização, pois requerem mais do que mudanças e/ou aprimoramentos técnicos e procedimentais; mais do que refinamento e racionalização administrativa e gerencial; eles requerem apropriação dos processos de trabalho, por gestores, profissionais e usuários, com base em uma ética na produção dos saberes, das práticas e das relações no campo da saúde, por meio do aumento do grau de comunicação, de colaboração e de compartilhamento entre esses atores, nas diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.

Construir uma política pública a partir de desafios de tal envergadura supõe um sem-número de questões, pedindo desdobramento em sua formulação e sua compreensão.

A Política Nacional de Humanização desde a sua formulação trabalhou no sentido de promover o protagonismo dos sujeitos para uma construção coletiva de saberes. A criação da área temática é mais uma ferramenta/tecnologia para auxiliar neste processo para qualificar o SUS de forma humanizada promovendo a valorização e o fomento de ações para se atingir a meta proposta.

## O QUE É HUMANIZAÇÃO?

Encontrar um único conceito para definir esse termo não é tarefa fácil, por ser amplamente focado nas mais variadas abordagens e vertentes emergentes, conforme a sua área de conhecimento.

Pode-se entender humanização como “ato ou efeito de humanizar e humanizar significa: tornar humano, tornar benévolo, tornar afável, dar a condição de homem, humanizar-se, civilizar”.<sup>(7)</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde,<sup>(8)</sup> a humanização na área de saúde se remete a proposta ética, estética e política. Ética por implicar em mudança de atitude dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores de saúde, onde todos passam a ser corresponsáveis pela qualidade das ações e dos serviços prestados em saúde. Estética, por buscar abranger o sistema de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo e finalmente, política, por se tratar de uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo de humanização deve ser orientado pelos seguintes valores: autonomia, corresponsabilidade, protagonismo dos sujeitos envolvidos, solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão.

Benevides e Passos<sup>(9)</sup> referem que “a humanização enquanto conceito impreciso e frágil no campo da saúde transita num espaço de sentidos, relacionados muitas vezes ao voluntarismo, assistencialismo, paternalismo ou mesmo a tecnicismo, baseado na racionalidade administrativa e na qualidade total”. No entanto, fugindo da idealização do humano e das transformações resultantes de movimentos coletivos, a humanização exige um reposicionamento dos sujeitos e mudanças nos modos de fazer, de trabalhar, de praticar e produzir saúde.

Baraúna<sup>(10)</sup> afirma que a humanização é um processo de construção gradual, realizada através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos. Nesse contexto, humanizar é ter uma predisposição para contribuir com o outro, de forma ética, individualmente e independente, reconhecendo os limites, compondo uma empatia entre indivíduos, possibilitando troca de informações.

Redefinindo o conceito, pode-se tomar a humanização como

estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam.<sup>(9)</sup>

Gastaldo<sup>(11)</sup> já reconhecia em suas reflexões sobre Humanização na Saúde que é preciso humanizar porque o sistema é considerado hoje, por alguns – entre eles os formuladores da política – como desumano, inadequado, ineficiente etc. Citava que humanizar é explicitar agendas e conflitos e que a política de humanização tinha diante de si um desafio incomensurável: o de humanizar numa sociedade onde prevalecem tantas e tão profundas formas de injustiça e violência no cotidiano, a desumanidade à brasileira, entendendo que desumano é algo bárbaro ou incompatível com a civilização.

Abordar, portanto, a humanização, é analisar a própria evolução humana.

A todos seja dado acesso ao que precisam segundo suas necessidades e a cada um as condições para desenvolver e exercitar suas capacidades.<sup>(12)</sup>

Considerando que a produção de saúde é feita por pessoas dotadas de desejos, sentimentos, valores, saberes e necessidades, pode-se entender que neste contexto, humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais e no desenvolvimento de novos hábitos centrados na ética e no respeito a si próprio e aos outros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Humanização (PNH), já alcançou muitas conquistas sem sombra de dúvidas, desde o início de sua implantação. Porém, poderá avançar ainda mais, ultrapassando os entraves que ainda existem, através do prosseguimento das ações para este fim e do aprofundamento das reflexões sobre o tema, que poderá gerar novas idéias, para se atingir os ideais propostos. Certamente é um grande desafio..., mas acreditamos que é viável, desde que se busque e se disponibilize os melhores meios, e existem muitos, de se aprimorar formas de teorizar e de realizar na prática, a sua efetivação, para a promoção da excelência almejada.

Seguindo esta reflexão, sugerimos o aprofundamento das seguintes questões:

- Considerando a faceta de contradição inerente a condição humana, as dificuldades encontradas para a plena efetivação da PNH, poderiam ser exatamente porque os serviços de saúde, já são “Humanizados”? E seguindo esta reflexão, seria preciso renomear a referida política?

- Considerando a questão da resistência a mudança e a repetição de padrões de conduta, sugerimos que além de viabilizar os investimentos em

processo, de cursos de capacitação e reciclagem para os trabalhadores da saúde, continuar a oferecer ou passar a incluir, workshops de auto conhecimento, conduzidos por Mestres de Psicologia e Filosofia, de nível avançado reconhecido, que poderiam realmente facilitar (porque já conhecem o caminho...), o verdadeiro desenvolvimento, através da ampliação da percepção da consciência ética e da empatia, necessárias para o processo de avanço da PNH. Ou seja: intensificar e ampliar a oferta das referidas oportunidades de desenvolvimento, para profissionais em unidades de saúde, nos vários níveis de atenção: básica, média e de alta complexidade, que poderiam ser multiplicadores de idéias inovadoras e reflexivas, em seus locais de trabalho. Da mesma forma, continuar a investir no desenvolvimento da consciência crítica e política, para que as pessoas saibam quais os seus direitos e deveres, é uma importante providência, já que o SUS é um patrimônio da população.

Com a continuação do processo de aprofundamento das reflexões necessárias, diante do desafio de aperfeiçoar o Sistema de Saúde Pública do Brasil, incluindo a ampliação do conceito de “Humanização” e da ambivalência do “Ser Humano”, que apresenta dificuldades e distorções, mais apresenta também uma condição de manifestar os mais altos níveis de desenvolvimento. O Ministério da Saúde poderá cada vez mais, oferecer meios para extrair e aprimorar o potencial dos trabalhadores da saúde pública. Então e só então, a PNH poderá avançar muito mais e ultrapassar os obstáculos, que ainda permanecem no caminho de sua plena manifestação, deixando desta forma, de ser uma Política ainda, de muito DISCURSO e passando a ser uma Política de mais RECURSO, para o Desenvolvimento e Excelência da Saúde Pública do Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. ONU. A ONU e o desenvolvimento. Rio de Janeiro: Unic; 2013. Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-o-desenvolvimento/>.

2. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. *Rev saúde pública*. 2008;1(1):92-100.
3. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde soc*. 1994; 3(2): 5-21. (apud Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do sistema único de saúde. *Rev saúde pública*. 2008; 1(1): 92-100).
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=390](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390).
5. 11ª Conferência Nacional de Saúde; 2000; Brasília; Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência saúde coletiva*. 2005; 10(3): 561-571.
7. Michaelis. Dicionário Português. Humanização. Disponível em: <http://www.michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Projeto do Curso de Formação de Apoiadores para a PNH. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface comum saúde educ*. 2005; 9(17): 389-394.
10. Baraúna T. Humanizar a ação para humanizar o ato de cuidar. Disponível em: <http://www.iacat.com/revista/recreate/recreateO2/taniaO1.htm>
11. Gestaldo D. Comentário sobre o texto Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface comum saúde educ*. 2005; 9(17): 389-394.
12. Baremlitt G. Que se entende por humanidade e humanização? Portal Humaniza [acesso em 2013 nov.]. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=46>.