



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DARLEN NEVES SILVA DIAS

**A HUMANIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO TECNOLÓGICO NO CUIDADO
EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE
BARCARENA.**

BELÉM – PARÁ
2013

DARLEN NEVES SILVA DIAS

**A HUMANIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO TECNOLÓGICO NO CUIDADO
EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE
BARCARENA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Tarso de Oliveira

BELEM – PARÁ
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) (Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Dias, Darlen Neves Silva

A humanização como dispositivo tecnológico no cuidado em saúde: um olhar sobre a Unidade Mista de Saúde de Barcarena / Darlen Neves Silva Dias. – 2013.

Orientador (a): Paulo de Tarso de Oliveira

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2013.

1. Saúde pública- Barcarena (PA). 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD - 22. ed. 362.1098115

DARLEN NEVES SILVA DIAS

**A HUMANIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO TECNOLÓGICO NO CUIDADO
EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE
BARCARENA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Psicologia

Aprovado em 29 de Agosto de 2013

Aprovada por:

Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira (Orientador)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Profa. Dra. Ana Cristina Soeiro Salgado
Universidade Estadual do Pará (UEPA)

Profa. Dra. Flávia Cristina Lemos
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Aos meus filhos, Kauan e Leo, e ao meu marido, Junior, que, com muito amor e compreensão, souberam esperar eu terminar o meu trabalho. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Á Deus pela vida, saúde, coragem e determinação pela busca e aperfeiçoamento do conhecimento que tem me concedido a cada dia. Nada seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

Ao professor e orientador Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos, conceitos que me levaram ao desenvolvimento e conclusão desta dissertação. E por me ensinar que, com suor e determinação, tudo se faz possível nesta vida.

Aos meus pais, Edson e Dilma, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. Vocês sempre acreditaram, e continuam acreditando nos meus sonhos. Eu amo vocês de todo o meu ser. Obrigada!

Aos meus irmãos, as cunhadas (os), e os meus sogros, que estão presentes em minha vida, com afeto e incentivo.

Á minha querida sogra Vitória Regina, que carinhosamente ajudou-me a melhorar textualmente esta dissertação, compartilhando comigo seus conhecimentos e boas risadas.

As pessoas especiais, Eric, Roberta, Inara, Larissa, Sabrina, Ocilene que fazem parte do grupo Saúde na Amazônia, as quais eu tive o prazer de conhecer, conviver e dividir momentos de alegrias e angústias. Agradeço pelas contribuições e trocas de conhecimentos.

Ao amigo Eric, que sempre esteve disponível para me ajudar, e a quem denominei carinhosamente de meu “co-orientador”. Muito obrigada.

Á amiga Roberta, que iniciou e está terminando o mestrado comigo, obrigada por deixar essa caminhada mais leve, dividindo às dúvidas, às preocupações e às aflições próprias de quem se propõem a realizar um mestrado.

A Todos que compõe o programa de pós-graduação em Psicologia, em especial na pessoa do Ney, um ser humano acolhedor e acessível.

As minhas amigas de Barcarena, que compartilham comigo a labuta diária na saúde do município, sempre acreditando que podemos fazer melhor. Obrigada pelo apoio, e por caminharem junto comigo na trajetória percorrida durante o mestrado.

Agradeço às pessoas que direta ou indiretamente, através do apoio e incentivo construíram comigo esta dissertação.

Por fim, quero agradecer ao motivo que me faz seguir em frente todos os dias, em busca da melhoria constante, por eles e para eles, minha vida: Kauan, Leo, Mateus e Junior. Esta dissertação só foi possível, pois eu tenho a sorte e o prazer de ter vocês ao meu lado, me amando e me permitindo amá-los. Muito Obrigada.

RESUMO

Este trabalho se propõe a conhecer como têm se efetivado as práticas do cuidado em saúde, de uma população no município de Barcarena, na Amazônia Brasileira. O município de Barcarena sofre a influência de um grande projeto de mineração explorado por uma empresa internacional, recebendo como ônus, diversos problemas ambientais em saúde, que deságuam, em sua maioria, na população carente do município. Nos últimos anos, a questão da saúde em nosso País, vem se constituindo em tema para grande debate e discussão com a sociedade civil, o que proporciona a reflexão e a busca constante por melhorias no Sistema Único de Saúde-(SUS). Entre os temas mais importantes estão: o do cuidado e o da atenção integral. As pesquisas do Instituto de Pesquisas Aplicadas-(IPEA)-2011 e Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios-(PNAD/IBGE)- 2008 demonstraram que os que têm acesso à atenção à saúde avaliam, em sua maioria, o atendimento como razoável ou bom. Por outro lado, há forte tensão no que se refere ao acesso desigual e às desigualdades regionais, visto que, afetam diretamente o que é preconizado pela Constituição quanto ao cuidado e a atenção integral para a população: **o cuidado integral, hierarquizado e regionalizado**. Diante deste panorama, esta Dissertação se propõe a analisar **a Humanização**, como um dispositivo tecnológico no cuidado em saúde utilizando como meio, a problematização das práticas de atenção, aqui exercidas pelos atores (gestores, trabalhadores e usuários), que realizam o cuidado na Unidade Mista de Saúde de Barcarena. A metodologia se constituiu em um estudo de caso, com abordagem qualitativa. Foi utilizado como método, o estudo de caso, baseado em entrevistas individuais, com perguntas abertas e semi-estruturadas buscando entender de que forma os atores envolvidos com o cuidado se expressam quanto à saúde e quanto à doença, questionando como se dá a prática do cuidado em saúde na UMSB e de que forma essas práticas contribuem para uma assistência humanizada. Foram entrevistados os usuários internados nas enfermarias masculina, feminina e pediátrica, os trabalhadores (alfabetizados) e o gestor da Unidade Mista de Saúde de Barcarena. A análise dos dados foi feita consubstanciada em eixos temáticos construídos a partir dos aspectos mais relevantes encontrados no trabalho de campo e no resultado das entrevistas. Com base nos resultados, observei que, a compreensão dos participantes, em relação ao sentido de saúde e doença se mostra mais ampla, quando comparada com a visão médico-centrada, o que favorece um cuidado mais acolhedor. No entanto, pude observar também, que na conduta profissional dos participantes há a existência da dupla face, entre frestas de acolhimento e o trabalho centrado no médico, ou seja, a divisão entre os que acolhem e os que utilizam os procedimentos baseados nas tecnologias duras sem reflexão. Além disso, é possível afirmar que o quantitativo dos profissionais em saúde é escasso em relação à demanda de usuários, o que acaba por prejudicar a assistência humanizada em saúde. Outra observação realizada foi à questão do cuidado de si, que na realidade da assistência à saúde do município estudado é pouco enfatizado, em função da cultura da medicalização centrada na prática médica.

Palavras chaves: Humanização, Cuidado em Saúde, Saúde e Doença.

ABSTRACT

This study aims to understand how have effected the practices of health care in a population of a municipality in the Brazilian Amazon, Barcarena, which is influenced by a large mining project operated by an international company. The health of our country in recent years has been the subject of great debate and discussion. What gives the reflection and constant search for improvements in the Unified Health System-(SUS). Among the most important are care and comprehensive care. Research Institute for Applied Research, (IPEA) -2011 and National Survey of Household Sampling-(PNAD / IBGE) in 2008 showed that those who have access to health care assess, mostly care as fair or good. On the other hand, there is strong tension regard to unequal access and regional disparities that directly affect what is recommended by the constitution to the majority of the population: comprehensive care, hierarchical and regionalized. Given this scenario this dissertation project aims to analyze the humanization as a technological innovation in health care by questioning the practices of care exercised by the actors (managers, workers and users) realize the care in the Single Health System -SUS .Seek to understand how it gives the sense of health and disease for these actors. The methodology constitutes a case study with qualitative approach. Method will be used as a case study based on interviews with open and semi-structured questioning the way in which the practice of health care. Users and workers will be interviewed (alphabetized) and managers who are occupying leadership positions in hospitals where the research will occur. Data analysis will be embodied in themes constructed from the most relevant aspects found in work field and the outcome of the interviews. The humanization devices as part of health policy are essential to understanding how the actions and health services are related or not with the needs of users. This perspective strongly dialogues with the understanding of humanized care directly involved as part of a totality, in which are interwoven, the individual and his social and historical context. Envisions the possibility of a caring associating with various knowledge and humanization as a strategy for delivering care.

Keywords: Humanization, Health Care, Health and Disease.

LISTA DE SIGLAS

CEP-	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP-	Conselho Federal de Psicologia
CNS-	Conferencia Nacional de Saúde
HMB-	Hospital municipal de Barcarena
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA-	Instituto de Pesquisas Aplicadas
MS-	Ministério da Saúde
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PL-	Projeto de Lei
PNH-	Política Nacional de Humanização
PNHAH-	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNAD-	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
SESPA-	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SIPS-	Sistema de Indicadores de Percepção Social
SUS-	Sistema Único de Saúde
TCLE-	Termo de Comprometimento e livre Esclarecimento
UMSB-	Unidade Mista de Saúde de Barcarena
TV-	Trabalho Vivo
TM-	Trabalho Morto
T L-	Tecnologias leves
TD-	Tecnologias duras
TLD-	Tecnologias leve- dura

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1- Atendimentos realizados na Unidade Mista de Saúde
- Tabela 2- Quantitativo de participantes
- Tabela 3- Serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Barcarena
- Tabela 4- Compreensão sobre saúde
- Tabela 5- Compreensão sobre doença

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. CUIDAR EM SAÚDE E NOVAS PERSPECTIVAS DE ACOLHER E DAR SENTIDO AO ADOECIMENTO	22
1.1 Qual a relação entre saúde e doença?	22
1.2 Produzindo o cuidado em saúde:	29
2. HUMANIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO: EM BUSCA DE UMA NOVA FORMA DE CUIDAR	36
2.1 Tecnologias em saúde e a transformação em dispositivos de Humanização: Quais as possibilidades?	43
2.2 Tecnologia e autonomia do sujeito no cuidar de si:	48
3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	51
3.1 Passos iniciais:	54
3.2 Entrevistados:	55
3.3 À escolha da Unidade Mista de Saúde de Barcarena:	57
3.4 Caracterizações da UMSB:	58
3.5 Coletas de dados:	60
4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BARCARENA	63
4.1 Formação histórica:	63
4.1.2 O Sistema Municipal de Saúde:	64
5. CONVERSANDO SOBRE OS RESULTADOS	66
5.1 A compreensão sobre saúde e doença:	68
6. HÁ POSSIBILIDADE DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO ESTUDADO?	82
6.1 Como o cuidado está acontecendo?	84
6.2 A Humanização do cuidado em saúde:	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS:	102
REFERÊNCIAS:	105
APÊNDICES:	111

INTRODUÇÃO

Falar sobre a saúde no Brasil suscita um misto de satisfação e insatisfação, principalmente quando se põe em discussão: o cuidado com a saúde, como o cuidado é realizado e como está sendo verificada a atenção integral, ao usuário dos serviços de saúde. As questões discutidas podem ser colocadas como positivas por aproveitarem a avaliação da população, abrindo-se caminhos para reflexões constantes, na busca por melhorias no Sistema Único de Saúde Brasileiro o SUS.

Diante da necessidade de maiores dados sobre o cenário das políticas públicas referentes à saúde, o Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA)-2011, elaborou o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), visando à realização de uma pesquisa domiciliar junto às famílias brasileiras, com a finalidade de conhecer suas percepções sobre bens e serviços públicos, oferecidos em diversas áreas como: do trabalho, da educação, da cultura, da saúde, da justiça, da segurança, da mobilidade, entre outras.

Na área da saúde o SIPS aplicou um questionário, utilizando-se de uma amostragem de 2.773 pessoas, residentes em domicílios particulares permanentes. A pesquisa considerou: a distribuição dos domicílios em cotas para o Brasil e suas regiões e as variáveis de controle validadas posteriormente por sexo, faixa etária, faixas de renda e escolaridade. Os parâmetros básicos para definição dessas distribuições vieram da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD, realizada em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE.

A pesquisa efetivada na área da saúde teve por objetivo principal: avaliar a percepção da população sobre os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Os resultados da pesquisa demonstraram que os que têm acesso à atenção à saúde avaliaram, em sua maioria, o atendimento como razoável ou bom. Os resultados mostram que, os serviços do SUS são mais bem avaliados por aqueles que costumam utilizá-los, quando comparados com aqueles que não os utilizam, o que reflete a meu ver, o desconhecimento por parte da população que não faz uso dos serviços disponibilizados pela saúde pública.

Levando-se em conta, os avanços já alcançados pelo SUS no decorrer da sua trajetória histórica, uma parte da população ainda não os reconhece, visto que, o SUS

deixa-se transparecer em seus múltiplos problemas, tais como: falta de médicos, tempo de espera para exames e para consultas e o problema das distâncias, uma realidade nas comunidades da Amazônia. Há que se entender a dificuldade para a locação de profissionais e o acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2010). Ou seja, a população reconhece que o acesso desigual e as desigualdades regionais afetam diretamente o que é preconizado pela Constituição à maioria da população: o cuidado integral, hierarquizado e regionalizado.

Em pouco mais de 20 anos de existência, o SUS ampliou o acesso à assistência à saúde para grande parte da população brasileira, antes excluída, ou dependente da ação de instituições assistenciais e filantrópicas. Em 2009, foram realizados 721 milhões de atendimentos ambulatoriais e 11 milhões de procedimentos de média e alta complexidade e internações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Apesar dos expressivos dados quanto ao acesso à assistência à saúde, observa-se que o SUS encontra dificuldades para garantir o acesso oportuno e de qualidade para toda população brasileira. O grau de dificuldades cresceu na última década, quando houve a inclusão de parte da “classe média”, uma população de aproximadamente 40 milhões de pessoas, com maior poder de vocalização social, a demandar e reivindicar qualidade e acesso aos bens públicos, principalmente quanto ao transporte, saúde e educação.

A avaliação da população, em relação aos serviços de saúde, é mediada por inúmeros fatores: sua própria experiência na utilização dos serviços, a experiência de outros membros da família ou da comunidade, sua visão sobre como deveria ser o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, a formação de uma opinião geral a partir daquilo que é divulgado nos meios de comunicação, entre outros. Assim, a compreensão da população sobre o SUS, agrega questões relacionadas à experiência pessoal, às expectativas de atendimento e às informações recebidas por meio de diferentes meios de comunicação.

Nesse sentido, trago nesse trabalho, a possibilidade de conhecer como se efetivam as práticas de cuidado em saúde, realizada pelos serviços do SUS, em uma população de um município da Amazônia Brasileira, Barcarena, que sofre influência de um grande projeto de mineração explorado por uma empresa internacional, que faz desaguar sobre as comunidades mais carentes, os ônus dos problemas ambientais e sociais. Entendo que as políticas de organização do cuidado e as práticas no interior dos

serviços de saúde devem se fortalecer de forma interdisciplinar, como parte do campo da saúde coletiva e das ciências sociais e humanas.

Este entendimento aguçou o meu interesse em trabalhar com a perspectiva da Humanização como um dispositivo tecnológico no cuidado em saúde, dispositivo real já presenciado em minha experiência profissional, vivida na Coordenação Estadual de Humanização da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), no ano de 2005, quando passei a conhecer a Política Nacional de Humanização (PNH), no momento em que a PNH estava sendo divulgada no Estado como estratégia para ser trabalhada do Sistema Único de Saúde - SUS.

Os dispositivos da Humanização, enfatizam o protagonismo dos sujeitos implicados no cuidar, a co-responsabilidade entre eles, a solidariedade dos vínculos estabelecidos, os direitos dos usuários e a participação coletiva no processo de gestão.

As abordagens contemporâneas que tratam à temática possibilitam pensar o espaço de produção do trabalho em saúde, através de uma lógica que permita dar ao usuário, maior protagonismo e autonomia no cuidar de si e na discussão sobre saúde/doença.

Diferentes correntes teóricas como: a epistemologia de Canguilhem (1943[2006]), a abordagem de Foucault (1979), o cuidado proposto por Mehry (2007), Barros e Gomes (2011), Ayres (2006), a Humanização vista por Benevides (2005), Pasche e Passos (2010), Deslandes (2006), entre outros. Os teóricos enfatizam a tensão existente entre o adoecer e a saúde destacando o seu caráter intrínseco presente na vontade de viver, algo que está implícito nos modos de vida dos sujeitos e das coletividades. Utilizo-me destes aportes teóricos para realizar a discussão aqui proposta, destacando a Humanização como um dispositivo tecnológico no cuidado em saúde. Apresento também, às práticas de cuidado e às tecnologias existentes na Unidade Mista de Saúde do município de Barcarena.

Entre dissertações, teses e artigos pesquisados na base de dados Scielo Brasil e LILACS, sobre Humanização no cuidado em saúde, além de uma breve experiência que fiz digitando as palavras com o mesmo tema, no mecanismo de busca do site da Biblioteca Virtual em Saúde, até o dia 25 de maio de 2013, pude observar que o tema vem apresentado um crescente número de publicações ao longo dos anos.

Pelas publicações nota-se que: o público alvo das pesquisas “os pesquisados” eram em sua grande maioria, trabalhadores ligados às profissões da área da saúde:

enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, entre outros, sendo que, os pesquisadores, em maior número, eram profissionais da área de enfermagem, buscando pesquisar o cuidado humanizado nas estratégias do Programa Saúde da Família, ou interessando-se em fomentar a Humanização no ambiente de trabalho, tanto em instituições públicas, quanto privadas. Os eixos temáticos trabalhados centralizavam-se na região Sul e Sudeste do Brasil.

Ao pesquisar exclusivamente a região Norte, verifiquei um número restrito de publicações em relação à Humanização no cuidado em saúde, e um número menor ainda em relação à compreensão que os pesquisados possuem sobre sua forma de cuidar e a associação desta com a assistência humanizada. As que existem estão direcionadas à Fundação Santa Casa de Misericórdia ou aos Hospitais de referência no Estado, como a pesquisa de Oliveira (2013), que realizou um estudo dos modelos de gestão e tecnologias de cuidado, nos hospitais públicos regionais do Pará, fazendo uma análise comparativa entre os vários modelos jurídicos, de gestão e de cuidado, estabelecidos nesses hospitais.

Creio que isto, já demonstra a importância dos resultados desta pesquisa, mas, destaco seu foco de ação, como motivo para que se desenvolvam mais estudos neste aporte teórico no Estado do Pará. Agrego ainda que, as publicações analisadas concentram-se na área metropolitana, não sendo verificadas outras obras que retratem a Humanização no cuidado em saúde, nos interiores do Estado do Pará.

A realidade desses interiores do Estado do Pará mostra-se quase em sua unanimidade em um quadro de carência quanto ao corpo funcional, devido a pouca disponibilidade dos profissionais para trabalharem em lugares distantes da capital. Bem como as estruturas físicas e institucionais montadas, e, que são utilizadas para se trabalhar na saúde, estas, diferentes daquelas dos grandes centros urbanos. Os motivos dessa desigualdade podem ser a dificuldade de acesso aos recursos tecnológicos que favoreçam o cuidado em saúde, ou o pouco investimento que é realizado nessa área, fruto muitas vezes do desconhecimento da dinâmica e do fluxo das redes de cuidado do SUS, por parte dos gestores.

Hoje, quando vivenciamos momentos de grande discussão sobre essa questão, quando atestamos a ausência de profissionais médicos nas Unidades de Saúde do Pará, principalmente nos municípios mais distantes, verificamos que, a dificuldade para contratação de profissionais médicos tem como uma das causas: a distância, que reduz a demanda desses profissionais para municípios mais distantes.

Como alternativa de resolução dessa realidade, o Ministério da Saúde propôs o Programa Mais Médicos, que segundo o portal da saúde¹ faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. O Programa prevê investimentos na infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, e a entrada de um grande número de profissionais médicos, para regiões onde há escassez ou não existem esses profissionais. O Programa acredita que, com a convocação de médicos para atuar na atenção básica nas periferias das grandes cidades e nos municípios do interior do país, o Governo Federal, garantirá mais atendimentos médicos para o Brasil e conseqüentemente mais saúde para a população.

Diante desta realidade, penso que, realizar uma pesquisa sobre Humanização no cuidado em saúde, em um município do interior do Estado do Pará, destacando-a como um dispositivo tecnológico aplicado à saúde e à assistência, além de mostrar como os profissionais entendem suas práticas humanizadas, denota ao tema, algo de grande relevância, na medida em que, por haver poucas publicações sobre o tema, o estudo se direcionará a um município longínquo da Região Amazônica.

Foi por minha atividade profissional, que desde o ano de 2008, como psicóloga hospitalar da Unidade Mista de Saúde de Barcarena, com uma população de aproximadamente 103.385 mil habitantes, que decidi pesquisar a forma de cuidado efetuada por este Estabelecimento de Saúde- UMSB, tendo por base, a minha observação no decorrer da minha atuação dentro da Unidade, ao notar à carência de movimentos que fomentassem a Humanização no SUS, e que estimulassem o cuidado em saúde de maneira ampliada.

Não posso deixar de pontuar que, em algumas ações, há uma díade entre os profissionais, uns mais acolhedores que outros. Tais posturas podem estar relacionadas ao processo de trabalho, às carências estruturais e às características pessoais. São inquietações cotidianas que me fizeram refletir e transformar essa temática em problema de pesquisa.

Ao pensar nessas diferentes atuações, me questiono sobre: que concepções de saúde esses atores possuem quando realizam ou recebem o cuidado? Quando falo em concepção de saúde, não me fixo unicamente no conceito posto pela Organização

¹ Acessado em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11675&codModuloArea=1055&chamada=sobre-o-mais-medicos>

Mundial de Saúde (OMS), na década de 60, que a define como: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. **Entendo que, completo e perfeito dentro da complexidade que o termo saúde traz são compreensões questionáveis, o que acaba por tornar esta frase inoperante. Saúde** é um conceito difícil de definir, pois, normalmente as pessoas têm idéias sobre o que é saúde, movidas pelas experiências que têm ou que já tiveram.

Sobre a questão do conceito de saúde, me apoio em Canguilhem (1943[2006]), que traz o entendimento sobre saúde, como um valor inerente à vida, pontuado por uma normatividade biológica, ele que também problematiza a relevância do sujeito na definição do que é saúde e do que é doença. Pautada na afirmação do autor, de que saúde é um bem coletivo, proponho algumas articulações entre o conceito de saúde de Canguilhem (1943[2006]) e o pensamento de Foucault (1979), este que explica, que o cuidado com a saúde da população a partir de determinado momento histórico, passa a ser uma forma de normalização e de exercício do poder disciplinar, inclusive nos espaços de produção de saúde/doença.

Diante das análises dos modelos² de organização dos sistemas e serviços de saúde do município de Barcarena e das práticas no seu interior, proponho analisar a Humanização, como dispositivo tecnológico no cuidado em saúde, na Unidade Mista de Saúde de Barcarena -UMSB³, por meio da problematização das ações de atenção à saúde, exercidas pelos atores (gestores, trabalhadores e usuários), que realizam o cuidado no Sistema Único de Saúde - SUS, analisando o sentido de saúde e doença

²No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo de assistência em saúde produziu uma organização do trabalho voltada à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado, dependente de tecnologias duras e leves (Merhy, 2007, p.13).

³Unidade Mista: Unidade de saúde básica, destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina.(DATAUS, 2013) acessado em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm

para esses atores, investigando se o trabalho realizado por eles possibilita ou não processos mais humanizados, no âmbito das ações de saúde no SUS, que venham a garantir mais autonomia aos pacientes diante do seu processo de adoecimento.

Utilizei neste estudo, à pesquisa de natureza qualitativa, por privilegiar a palavra, a fala dos pesquisados, a análise de suas vivências subjetivas e a busca dos seus significados, pois entendo que as relações realizadas no cuidado em saúde, são de natureza intersubjetiva e inter-relacional, estabelecidas entre usuários, trabalhadores e gestores. Foi utilizado como método, o estudo de caso, tendo como objeto: usuários e trabalhadores (alfabetizados) e o gestor dos serviços de saúde da Unidade Mista de Saúde de Barcarena.

Desde já, assumo a perspectiva de que o sentido do processo saúde e doença se propõem a superar a dicotomia estabelecida pelo modelo biomédico, entre as dimensões do orgânico, do psíquico e do contexto socioeconômico-cultural, em que vivem os usuários. É possível que, dispositivos relacionados à Humanização, contribuam para estreitar os laços com a integralidade do cuidado e gerar maior autonomia do sujeito diante do seu processo de adoecimento. Nesse sentido, Pasche e Passos (2010), definem Humanização enquanto estratégia:

Criação de novas práticas de saúde, de novos modos de gestão, tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos protagonistas e corresponsáveis. Tarefa de tornar homens mulheres mais capazes de lidar com a heterogeneidade do vivo, de reinventar a vida, criando as condições para a emergência do bem comum. Essa é a aposta da humanização da saúde. (PASCHE E PASSOS 2001, p.42.)

As novas práticas de saúde que propõem o processo de Humanização têm como foco: a mudança no cuidado, na noção de saúde e na garantia da autonomia do sujeito. No entanto, transformar a conduta atual em cuidado interativo, requer o estabelecimento de uma relação participativa, praticada na perspectiva da integralidade, que centra o cuidado no ser humano, em sua história de vida, em sua subjetividade, compreendendo as diferenças, valorizando a comunicação dialogada, e promovendo a autonomia. Creio que, quando o encontro entre as pessoas favorece o reconhecimento do outro em sua legitimidade, valorizando a questão subjetiva e o processo de adoecimento que levou o sujeito a procurar o cuidado, denota que, estamos caminhando na direção de uma prática humanizada, de um cuidado amplo e significativo.

Nesta linha de pensamento sobre o cuidado Merhy (2007), o pressupõe como uma categoria reconstrutiva, que deve gerar a autonomia do sujeito, e não, ser entendido como a possibilidade de praticar técnicas que aprendeu no corpo do outro. Considera o processo de adoecimento, um fenômeno subjetivo, individual, que faz parte da normatividade da vida, onde o corpo aparece como potencialidade e representação dos modos de existência.

Toda essa conversa sobre cuidado me provoca a buscar saber, como o cuidado em saúde é realizado, tendo como cenário, uma demanda que extrapola o quantitativo de profissionais, em um dado estabelecimento de saúde, localizado em um município distante da capital. Em função disso, tracei como objetivo desta dissertação, analisar como se apresentam as práticas da Humanização no cuidado em saúde, no ambiente de internação, da Unidade Mista de Saúde do Município de Barcarena.

Nesse sentido, verifiquei o sentido das concepções de saúde e doença para: os usuários internados na enfermaria masculina, na enfermaria feminina e na enfermaria pediátrica; os trabalhadores do setor de internação; e o gestor da Unidade. Procurei analisar as percepções desses atores, sobre o cuidado que eles realizam nas suas práticas assistenciais em saúde. A partir daí, construí os eixos temáticos mais relacionados ao estudo que norteará esta dissertação.

Dando forma ao processo de revisão da literatura, abordo no capítulo 1, à questão do cuidar em saúde, com as novas perspectivas de acolher e dar sentido ao adoecimento, conversando sobre a relação entre a saúde e a doença.

No capítulo 2, trago para a discussão, a Humanização como dispositivo tecnológico em busca de uma nova forma de cuidar, pontuando as tecnologias em saúde e a transformação em dispositivos de Humanização, bem como a questão da tecnologia e da autonomia no cuidar de si.

No capítulo 3, faço o leitor me acompanhar na trajetória metodológica percorrida no decorrer da investigação de campo. No capítulo 4, forneço ao leitor a caracterização e os aspectos históricos do município, além dos aspectos institucionais sobre a realidade hospitalar estudada.

Continuamos essa comunicação sobre os resultados, adentrando o capítulo 5, iniciando por entender como o cuidado ocorre no lócus onde a pesquisa foi realizada.

Posteriormente, no capítulo 6, apresento os resultados referentes a questão da Humanização no cuidado em saúde e, ao término, apresento as considerações finais.

CAPÍTULO 1

CUIDAR EM SAÚDE E NOVAS PERSPECTIVAS DE ACOLHER E DAR SENTIDO AO ADOECIMENTO

1.1-Qual a relação entre a saúde e a doença?

A noção de saúde/doença vigentes está essencialmente pautada no modelo biomédico, que traz em seu interior, o entendimento de saúde, como ausência de doença, excluindo a dinâmica social e subjetiva do sujeito, o que culmina em um reducionismo biológico. “Essa redução exclui do escopo de considerações sobre o processo saúde/doença, fatores sociais ou individuais, ditos “subjetivos”, com implicações para todas as intervenções da saúde” (CAMARGO JR., 2007, p.69).

Observa-se o exercício hegemônico de um modelo centrado no ato prescritivo e na produção de procedimento, desconhecendo o sujeito pleno, que carrega consigo informações relevantes e determinantes do seu processo de saúde e doença.

O modelo que se tem, portanto, é uma concepção limitada da doença do sujeito, fundamentada na ótica específica da ciência anátomo-fisiológica, em relação à totalidade de um campo complexo, torna-se de acordo com Camargo Jr. (2007), doença-coisa, deslocando o indivíduo doente, do foco do olhar médico.

A doença-coisa, realidade última no plano biológico, entidade “natural” que dispensa articulação teórica, restringe ao mesmo tempo, o escopo das concepções sobre o processo de saúde-doença e as possíveis soluções para os problemas decorrentes do mesmo (...), as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar, de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas, por sua vez, no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta. (CAMARGO JR, 2007, P.68).

Diante deste modelo, Foucault procura analisar, como se caracteriza a transformação ocorrida na organização do conhecimento e na prática médica no início do século XIX, momento em que a medicina se apresenta como medicina científica, demonstrando que a ruptura que se processou no saber médico, se deu em função de uma mudança ao nível de seus objetos, conceitos e métodos. O novo tipo de

configuração que caracteriza a medicina moderna implica o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais.

Ferla, Oliveira e Lemos (2011), consideram que, com essa mudança na forma de olhar o doente e seu corpo, a possibilidade de cuidar levando em consideração a totalidade do sujeito se desfaz, além disso:

A integralidade do corpo se desfaz, transformada pelo olhar clínico que desvela, particulariza e nomeia uma infinidade de tecidos, órgãos e mecanismos de interrelação entre eles, inaugurando uma paradoxal “superfície interna” do organismo, perceptível por códigos e signos específicos. [...] A emergência desta reorganização epistemologia da doença, implicou no reordenamento do espaço hospitalar, do estatuto do doente, da relação entre assistência e a experiência. (FERLA, OLIVEIRA ELEMOS, 2011, P. 492).

É com essa série de reorganizações que se identifica o nascimento histórico da clínica, o que é muito bem colocado por Foucault (1963), em sua obra “*O Nascimento da Clínica*”, atentando para um período significativo na história da medicina, quando se reorganiza a maneira de olhar e tratar o doente, desenvolvendo um discurso médico, direcionado a compreender o surgimento da doença, a partir da lógica da observação anátomo-patológico, por meio de um olhar classificatório, que fragmenta e especifica para chegar à ordem racional da doença. O diagnóstico passa a ser feito com base em um sistema classificatório de doenças, limitando-se a perguntar onde dói, já que a doença passa a ter sede em um órgão e a intervenção médica se faz baseada em normas e padrões fixos, que definirão o objetivo e o curso do tratamento.

O conhecimento das doenças é a bússola do médico; o sucesso da cura depende de um exato conhecimento da doença; o olhar do médico não se dirige inicialmente ao corpo concreto, ao conjunto visível, à plenitude positiva que está diante dele- o doente-, mas a intervalos de natureza, a lacunas e a distância em que aparecem como em negativo, os signos que diferenciam uma doença de outra, a verdadeira da falsa, a legítima da bastarda, a maligna da benigna. (FOUCAULT, 1963, P.47).

Ainda, de acordo com Foucault (1963), a medicina classificatória precisa estar estritamente submetida à ordenação ideal da nosologia, por ser o corpo que dá as informações necessárias para compreender a doença e não o doente, este passa a ser ocultado, pois para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente:

É preciso que, quem descreva uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente e que lhe são próprias, dos que são apenas acidentes e fortuitos, como os que dependem do

temperamento e da idade do doente..., o paciente é apenas um fato exterior em relação aquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses. (FOUCAULT, 1963, P.50).

Essa perspectiva de saúde/doença em que a participação do doente no seu processo de adoecimento é vista como secundária, pode ser compreendida a partir do reconhecimento do objeto de trabalho médico, no caso o corpo humano. Gonçalves (1994) aponta que: “a forma intuitivamente mais imediata de pensar o corpo humano será a constituída de constantes morfológicas e funcionais, definidas a partir das ciências da anatomia e da fisiologia” (GONÇALVES, 1994, p.61). Sendo assim, esse corpo é mais facilmente assimilável à ideia de objeto-coisa. Vê-se, portanto, que o método anátomo-clínico, que se desenvolvia nessa época, marca uma condição histórica para a experiência clínica, e com a: “*anatomo-clínica a doença se desprende da metafísica, aloja-se no corpo vivo dos indivíduos e assume uma forma positiva de morte, integrando-se epistemologicamente à experiência médica*”. (FERLA, OLIVEIRA E LEMOS 2011, P. 492).

Gonçalves (1994) aponta para uma medicina que, ao se apropriar do corpo anátomo-fisiológico como seu objeto, passa a entender que o trabalho médico não se dirige precipuamente para o desvendamento das regularidades elaboradas ao nível da ciência biológica, e sim para a obtenção de efeitos específicos, orientados para uma concepção do que é normal ou patológico para o corpo.

À medida que a medicina se estruturou sobre bases da ciência positivista, seu objeto de trabalho passa a não ser mais técnico e sim científico. Uma das características mais importantes da concepção do objeto de trabalho elaborada pela profissão médica é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem-biológico, levando a uma ruptura com as questões sociais, desse e dele consigo mesmo, uma concepção de saúde contida nos limites físicos, biológicos do corpo humano, assumindo em relação a este objeto, uma postura racional. (GONÇALVES, 1994, P. 67).

O autor desvela uma maneira de como se possa ver no intelecto, a capacidade de sair de si mesmo, anular toda a subjetividade e poder reproduzi-lo integralmente, tal como se supõe que seja dado, antes e fora da ação cognitiva. Assim, o corpo anátomo-fisiológico tornou-se um campo, onde é possível explicar a ocorrência da normalidade e da patologia. Desta forma, o objeto apreendido pelas ciências básicas, passa a ser o verdadeiro e o único objeto. A apreensão do objeto que a medicina elaborou corresponde, portanto, não apenas a captação de características biológicas do corpo, mas

de forma exclusiva, o que equivale a uma captação por desqualificação das demais características do mesmo corpo.

O pensamento de Foucault (1979) demonstra como esses saberes, inicialmente a medicina, e depois as ciências humanas, passam a ter um lugar significativo na expressão do poder. Para Foucault (1979), o cuidado com a saúde da coletividade, a partir de determinado momento na história, passou a ser exercido como uma forma de poder, a partir do qual os governos visam preservar a força militar e a força de trabalho de suas populações.

Segundo Foucault (1979), a medicina moderna, científica, que nasceu em fins do século XVIII, é uma medicina social, que produzia certa tecnologia do corpo social:

Com o capitalismo, não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário. O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos, não se oporá simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo... com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal, que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (FOUCAULT, 1979, P.80).

Foucault esclarece que, apesar de o corpo ter sido investido política e socialmente como força de trabalho, o que parece característico da evolução da medicina social, ou seja, da própria medicina no Ocidente, é que não foi a princípio, como força de produção, que o corpo foi atingido pelo poder médico. Foi, somente em último lugar, que se colocou o problema do corpo, da saúde e do nível da força reprodutiva dos indivíduos. Antes da medicina, que ele denominou de: “medicina da força de trabalho”, houve duas etapas: a da medicina de estado e da medicina urbana (FOUCAULT, 1979, P.80).

Contemporaneamente, as práticas de cuidado médico ganham em graus de importância, para o que é de domínio privado e o que é do domínio coletivo.

É posto uma nova preocupação com o tema da doença, que explicita, na discursividade e nas tecnologias do cuidado, regras de controle da população e de cuidado com os indivíduos. Tais práticas de poder, que, como assinalou Foucault, são distribuídas em todo corpo social, sem nenhum lugar privilegiado de emergência, mantêm com o Estado moderno, uma relação particular, colocando-o como gestor da saúde da população. (BENEVIDES E PASSOS, 2005, P.566).

Em outra perspectiva, Canguilhem (1943[2006]), nos conduz à compreensão do que entende sobre o homem saudável ou o homem adoecido que, em sua visão:

O homem normal, saudável, teria que se sentir capaz de adoecer e de afastar a doença. Se a possibilidade de testar a saúde através da doença, lhe fosse eliminada, o ser humano não teria mais a segurança de ser normal, de poder enfrentar qualquer doença que por ventura viesse a surgir (...). A saúde constitui certo jogo de normas de vida e de comportamento, que se caracteriza pela capacidade de tolerar as variações das normas, quando é mais do que normal. A saúde constitui certa capacidade de ultrapassar as crises orgânicas, para instalar uma nova ordem fisiológica. Biologicamente assegurada pela vida, à saúde significa: o luxo de se cair doente e se restabelecer. (CANGUILHEM 1995, P.28).

Seguindo esta denominação de saúde e doença descrita por Canguilhem (1943[2006]), entende-se que: estar saudável seria poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação, adoecer e poder sair do estado patológico, mas, isso estaria implicado diretamente com a forma pela qual o indivíduo interage com a vida. Essa interação se dá desde a infância, e para uma compreensão mais ampliada do indivíduo, às questões culturais e socioeconômicas devem ser levadas em consideração, pois a influência desses contextos implicará diretamente na compreensão do processo de adoecimento que o indivíduo venha a sofrer, já que o limiar entre saúde e doença é algo singular. O autor Canguilhem (1943[2006]) defende a ideia de que:

Deve-se recorrer aos “modos de vida”, como critério para a normatividade. Equivale também a ultrapassar a concepção do corpo anátomo-fisiológico como objeto ingênuo da prática médica, principiando a identificar nesse corpo outras ordens de determinações. Não se trata, entretanto, de entender que esse corpo deve ser compreendido mediante sua rede de relações sociais, que são trabalhadas a priori como externas, justapostas ao objeto de trabalho propriamente dito. O que se vêm defender é outra coisa: trata-se do fato de que, o corpo anátomo-fisiológico não se define como normal ou patológico senão tomando já como referência, essas estruturas de normatividade extra biológica, e que, por consequência, a normatividade está imediatamente contida no objeto de trabalho médico, lá naquilo que ele designa doença, e não apenas nas características atribuídas de caráter social, ou psicológico, onde ele a vê. As características de saúde e enfermidade são biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas. (CANGUILHEM, 1995, P.27).

Canguilhem (1943[2006]) demonstra que, entre o estado normal e patológico há diferenças qualitativas, que não podem ser traduzidas apenas em diferenças quantitativas, defendendo a tese de que, o estado patológico não é um simples prolongamento quantitativamente variado do estado fisiológico, é totalmente diferente. A necessidade de restabelecer a continuidade entre a saúde e a doença é tal, que, no limite, a noção de doença se esvaneceria. É a partir do patológico que se decifra o

ensinamento da saúde. Com o advento da fisiologia, a doença deixou de ser objeto de angústia para o homem sã e tornou-se objeto de estudo para o teórico da saúde.

Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra. A doença é uma forma diferente de vida.

É de um modo bastante artificial, parece que dispersamos a doença em sintomas ou a abstraímos de suas complicações. O que é um sintoma, sem contexto, sem pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que a complica? Quando classificamos como patológica é a sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal modo que, a análise fisiológica de suas funções separadas, só sabe que está diante de fatos patológicos, devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções. A patologia quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, mas, ela só pode saber que é uma patologia, isto é: o estudo dos mecanismos da doença, porque recebe da clínica essa noção de doença, cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio. (CANGUILHEM, 1995, P. 39).

Para Canguilhem (1943[2006]), mesmo nos casos atuais, em que as doenças podem ser detectadas antes de qualquer sintoma apresentado pelo doente, o diagnóstico só foi possível, a partir da manifestação dos sintomas apresentados na clínica. Quem determina o valor da doença é o doente. É a vida em si mesma e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor. Para Canguilhem (1943[2006]), o conceito de normal que a medicina e a fisiologia estariam usando, seria um julgamento de valor e não um julgamento de realidade.

Assim, Canguilhem (1943[2006]) refere que o papel da fisiologia será então, o de detectar os conteúdos das normas, dentro da qual a vida conseguiu se estabilizar. A fisiologia é a ciência das condições de saúde ou a ciência dos ritmos estabilizados da vida. A saúde seria a indeterminação inicial, da capacidade de instituição de novas normas biológicas. Ser sadio significa, não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser normativo. A saúde é uma margem de tolerância em relação à infidelidade do meio.

A perspectiva desenhada por Canguilhem (1943[2006]) abre então, uma distância entre a doença, tal como é vivida pelo doente, e sua explicação fisiológica. Canguilhem (1943[2006]) refere que: o fato patológico só pode ser compreendido como tal, ao nível da totalidade orgânica e da experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio. Assim, entendo que, a definição última do que é doença ou do

que é saúde, estaria diretamente relacionada à perspectiva de cada sujeito, ou de grupos de sujeitos submetidos ao mesmo meio.

Mas, sob esse olhar, corre-se o risco de deixar apenas para a sociedade, determinar o que é doença ou não. Vale ressaltar que, embora Canguilhem (1943[2006]) reconheça o peso das normas sociais nas questões ligadas à saúde, não reduz o biológico ao social, defendendo a anterioridade das exigências da vida em relação às da sociedade.

É então na vida, que o autor vai buscar a origem da normatividade inerente ao vivente, e, a partir desta, o ideal de saúde a ser atingindo. O vivente humano prolonga de modo mais ou menos lúcido, um efeito espontâneo, próprio da vida, para lutar contra aquilo que constitui um obstáculo a sua manutenção e ao seu desenvolvimento, tomado como norma. Portanto, entende-se que é o vivente humano que vai dizer à medicina, o que seria normal ou não para ele, e qual o ideal de saúde que ele quer atingir.

Mesmo diante dessa discussão, observo que: nas práticas cotidianas da produção de saúde, permanece a noção biológica que captura e normaliza o corpo, mantendo o sentido da patologia do que é individual e coletivo. A partir do exposto, procuro um olhar direcionado: às relações interpessoais, que se estabelecem no encontro entre pessoas, no reconhecimento do outro como legítimo em suas singularidades e diferenças. Vislumbro a possibilidade de um cuidar associando vários saberes e compreendendo o sentido de saúde como: a capacidade de instruir novas normas em vários tipos de situações.

Os vários autores estudados corroboram com a perspectiva estabelecida por Foucault (1963), sobre o cuidado de si, ou seja, da capacidade que o indivíduo possui de se auto-cuidar, criando novas normas frente à doença que lhe acometeu, normatizando e reinventando “os modos de andar a vida”. É na discussão da importância do sujeito na participação de seu projeto terapêutico, que Mehry (2007), engrandece o debate, com a análise da conquista, não só da autonomia do sujeito nesse processo, mas, como se apresenta à relação da tecnologia, no cotidiano da prática de saúde, agregada à autonomia desse personagem, na apropriação do cuidar de si.

1.2 Produzindo o cuidado em saúde

Etimologicamente, a palavra cuidar, é de origem latina, derivada do verbo cogito que é sinônimo de pensar, meditar, supor, imaginar, preparar. O termo cuidado é derivado do latim Cogitatus. Essa palavra possui duplo significado. O primeiro como adjetivo e particípio do verbo cuidar: pensado, calculado, suposto, meditado. A segunda função da palavra significa: desvelo, solicitude, diligência, vigilância, precaução. (<http://portal.unifeob.edu.br/>) Significados que se referem ao campo das emoções. Sendo assim, a prática do cuidado, tem duplo sentido, um no campo da ação do pensamento, da reflexão, e o outro, no campo da aplicação do espírito, materializando-se em atitudes para com o semelhante, abrangendo aspectos afetivos.

Cuidado em saúde, segundo Pinheiro e Mattos (2005), é o tratar, o respeitar, o acolher, o entender o ser humano em seu sofrimento. É em grande medida, fruto de sua fragilidade social, mas, com qualidade e resolutividade de seus problemas. O cuidado em saúde é uma ação integral, fruto do “entre-relações” de pessoas, ou seja, ação integral, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso com qualidade, acolhimento e vínculo, considerando o sujeito e sua subjetividade, enfim, trabalhando a integralidade do sujeito, com o olhar que ultrapassa apenas o cuidar do corpo adoecido.

Sobre o cuidado, Siqueira (2002) refere que:

Qualquer médico sabe por experiência própria, que uma doença raramente é orgânica ou psíquica, ou social ou familiar. O profissional sabe que ela é orgânica e psíquica e social e familiar. Todos os sintomas formam um complexo conjunto de diferentes instâncias, quer seja, orgânica, social, ou familiar. Quando um paciente procura atendimento médico, invariavelmente está buscando por cuidados que não se limitam simplesmente a livrar-se de um mal-estar circunstancial. A relação médico-paciente, nunca deixará de ser interação intersubjetiva, experimentada por duas pessoas, e, por mais assimétrica que seja somente será eficaz, se for conduzida com acolhimento, escuta-resposta e esperança de cura para o que se sofre.. (SIQUEIRA, 2002, P. 95).

Dessa forma, penso em uma forma de cuidar, em que a doença não seja apenas um problema do “corpo”, onde somente os aspectos orgânicos são reconhecidos em detrimento do âmbito psicológico, social, ambiental e histórico cultural. Dimensões essas que, muitas vezes, são deixadas de lado. O que pode ser observado concretamente

na atualidade, pela construção do Projeto de Lei (PL) do senado nº 268/2002, conhecido como “ato médico”.

Esse Projeto de Lei traz um conceito de doença, no qual, todas as necessidades de saúde estariam sob a guarda do diagnóstico nosológico privativo do médico, porque atende à definição de grupo identificável de sinais, sintomas e alterações psicopatológicos. O Conselho Federal de Psicologia (CFP),⁴ observa que: dessa forma, as consequências serão desastrosas para os usuários dos serviços de saúde humana e das coletividades, desde que, as vejamos como: território das humanidades, da singularização da vida e onde se articula mas políticas sociais e econômicas, direcionadas à qualidade de vida.

A saúde de qualidade hoje necessita da corresponsabilidade dos saberes presentes nas profissões, principalmente naquelas voltadas à saúde, onde possam ser considerados, os aspectos sociais, psicológicos e ambientais, valorizando-se os aspectos que podem influenciar significativamente, tanto a origem e a manutenção, quanto à evolução e o prognóstico do processo de adoecer.

Sofrimento e doença não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva, mas, estão intimamente relacionados com as características de cada contexto sócio-cultural. Existe toda uma ordem de significados culturais socialmente construídos, que influenciam o uso que cada indivíduo faz de seu corpo, bem como as formas pelas quais cada pessoa experimenta os seus estados de saúde e doença, a expressão dos sintomas, assim como os hábitos e estilos de vida e as próprias práticas de atendimento a saúde. (APUD BOLTANSKI, 1989, MINAYO, 1998; RADLEY, P.52 1994).

Em vista dessa observação, surge o questionamento: porque hoje, nas práticas de saúde, prevalece uma postura, que vem atender a um modelo, que desconsidera o valor da experiência subjetiva do usuário, e do seu poder pessoal, em relação ao seu processo de adoecimento e de resgate a sua saúde? Por que a comunicação e a relação profissional-usuário tende a ser insatisfatória? Verifica-se que, os pacientes não são envolvidos nas decisões sobre seus próprios cuidados, além de não compreenderem muito bem as informações repassadas pelo profissional, já que estes utilizam um vocabulário especializado e desconhecido ao paciente, criando uma barreira linguística entre eles, agregada a isto, ainda existe a forma como a informação é transmitida de maneira vertical e impositiva.

⁴Disponível em: <http://www.naoaoatomedico.org.br/paginterna/noticiapopup.cfm?id=216>

Essa postura é muito comum na internação da UMSB, já que se trabalha com médicos plantonistas, que iniciam seus plantões, passando em visita o setor de internação, dirigindo-se em um segundo momento, ao atendimento da urgência e emergência da Unidade. Essa dinâmica não favorece a escuta e a comunicação claras e significativas, pois o profissional plantonista está sempre ocupado com uma demanda muito grande de atendimento, restringindo o seu tempo, o que favorece a prevalência da barreira linguista já mencionada.

Esse tipo de rotina transforma-se aos poucos, em padrão aceitável pelos usuários, que habituados a essa postura, acabam por não realizar movimentos direcionados ao questionamento do profissional, que o está avaliando naquele dia. O paciente deixa de saber sobre a progressão de seu quadro clínico, sobre a medicação que está utilizando, sobre os exames que precisa realizar, ou seja, deixa de tomar conhecimento do projeto terapêutico que foi construído para ele.

Nessa postura, alguns profissionais de saúde percebem o paciente como objeto e passam a investigá-lo exaustivamente, em busca da identificação do desequilíbrio biológico, que justifique a patologia que o usuário está apresentando, mas esse usuário acaba por não participar dessa identificação, posto que o diálogo entre o médico e ele é reduzido e desprovido de significado subjetivo.

Segundo Siqueira (2002), o profissional de saúde e o usuário estão fisicamente tão próximos e afetivamente tão distantes, que sequer se olham ou se tocam. Em verdade, sequer se respeitam:

Pratica-se, desse modo, o mais perverso modelo de medicina cega e surda. Cega, porque se limitando a compreender a doença apenas como pobre variável anatômica e/ou bioquímica, não enxerga o ser humano como ele verdadeiramente o é. Surdo, porque o paciente não sendo acolhido como sujeito é impedido de manifestar-se como pessoa. (SIQUEIRA, 2002, P.96)

Figueiredo (2009) nos diz que: ao pensar em cuidado, temos que vislumbrar que uma das metas do cuidar, seria o de favorecer ao sujeito o desenvolvimento de suas capacidades cuidadoras, caso contrário, se a dinâmica do cuidar restringir-se à tecnologia, a tendência na atuação dos profissionais será: “a de cuidar de aspectos isolados do paciente, perdendo-se, justamente, uma das mais importantes virtudes do cuidado: a de oferecer ao sujeito uma experiência de integração” (FIGUEIREDO, 2009, P.139).

E o que se observa é que, as práticas de cuidado estão sendo fortemente marcadas pela objetivação do outro. Barros e Gomes (2011) referem que essa objetivação se intensifica:

Pela fragmentação do corpo humano e pela especialização dos saberes sobre ele, pelo distanciamento e pela intermediação tecnológica da relação médico-paciente, reafirmando os ideais científicos de neutralidade e objetividade. [...] O paradigma que fundamenta a medicina na contemporaneidade, afastou de suas investigações diagnósticas e intervenções, o sujeito. (BARROS E GOMES 2011, P. 647).

Creio que essa desvalorização do sofrimento, da voz do sujeito, ocorre porque a prática médica, hegemônica na atenção à saúde e levada a cabo inclusive por profissionais não-médicos, estabelece prioritariamente uma relação com a doença, transformando o usuário, apenas em um meio para acessá-la, portanto, deve permanecer calado, já que sua fala fora do contexto da doença física é recorrentemente compreendida como fonte de distorções. Por isso é tão comum a relação queixa-conduta, momento em que o paciente pode falar, no entanto, o conteúdo que é significativo, diz respeito ao adoecimento físico e a conduta medicamentosa que deve ser seguida.

Entendo que, o cuidado em saúde centrado na relação “queixa-conduta”, não traz ganhos para as pessoas envolvidas no processo, já que prevalece um diálogo unidirecional, onde o saber médico aparece como soberano, ainda mais se juntar-se às inovações tecnocientíficas. Observa-se que o entendimento de cuidar fica associado ao quantitativo de exames que se possa solicitar, com a possibilidade de cuidar do usuário.

Acredito que, nesse processo da relação “queixa-conduta” toda subjetividade do usuário, o entorno social do qual ele faz parte, e toda associação que o mesmo faça sobre “sua doença”, não são considerados, pois, no imaginário do profissional de saúde, essas dimensões são vislumbradas como irrelevantes, para se chegar ao diagnóstico pretendido, subordinando os pacientes a um cuidado que não é acolhedor, o que dificulta a adesão à terapêutica oferecida, ou melhor, imposta.

Segundo o modelo assistencial advogado por Merhy (2007):

Deve ofertar todos os recursos tecnológicos ao cuidado dos usuários e mesmo que este necessite para sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado, a hegemonia do Trabalho Vivo, desde que aquele seja a necessidade real do usuário. O acesso à mesma e sua utilização são sustentados pelo

encaminhamento seguro e trânsito tranquilo em uma dada “linha de cuidado”, que garanta a integralidade da atenção, isto é, o seu “caminhar na rede assistencial”, acompanhado pelo profissional ou equipe com a qual formou seu vínculo, onde esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico. (MERHY, 2007, P.22).

Quando observo a prática cotidiana do cuidar, nos estabelecimentos de saúde, percebo que o contato realizado nesses espaços é distante e preestabelecido por protocolos, que invalidam o encontro entre sujeitos, o que intensifica a ausência de interação, prevalecendo os conhecimentos técnicos, protocolares e dependentes de saberes formais que direcionam o modo de atuar do profissional.

Entretanto, as práticas de cuidado realizadas se apresentam de forma distinta. A atuação do profissional de uma mesma categoria é concretizada de maneira diferente. Observa-se que: uns se ocupam no cuidado com o usuário expressando todo o significado que a palavra “cuidado” possa ter, enquanto outros, se limitam a realizar o procedimento já estabelecido. Percebe-se que, na vida real dos serviços de saúde e de acordo com os modelos de atenção que são adotados, nem sempre, a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e com a promoção da saúde, mas sim com o lucro que os procedimentos tecnológicos proporcionam.

Mediante esta postura pontuo que: o interessante é ter clareza sobre os passos que conduzem ao processo, desde a utilização das técnicas mais avançadas até as mais simplórias, como são às técnicas de escuta do que o paciente traz. Merhy (2003) refere que: o cuidado deve estar implicado no encontro que ocorre e não nas forças chamadas por ele de “externas”.

Aí, o cotidiano do cuidado passa a ser visto como um campo singular da produção da saúde, e, não como um campo particular da prestação de assistência à saúde. O cotidiano adquire natureza de produção de realidades, trabalho vivo em ato, constituídos de mundo, território de disputa com as ditas forças externas, por forças de criação.(MERHY, 2007, P12.).

Ayres (2006) traz em suas reflexões e discussões, o cuidar associado ao projeto de felicidade de cada indivíduo, entendendo o cuidado como:

Cuidado como uma sabedoria prática, que em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos, imediatamente entendidos como sucesso prático, isto é, como desenvolvimento de ações instrumentais, subordinadas a escolhas compartilhadas, de modos de vida julgados desejáveis, adequados e corretos. (AYRES, 2006, P. 56).

Nesse sentido, Ayres (2006) estabelece a importância da junção da tecnociência, aos valores postos pelos sujeitos em seus projetos de felicidade, que se apresentam dotados de valores, crenças, e sentimentos. Ayres compreende que essa junção, visa favorecer aos sujeitos a possibilidade de escolha e participação no processo de recuperação da sua saúde.

Concordo com as ideias do autor, pois, desta forma, podemos vislumbrar um cuidado em saúde diferencial, onde se estabelece uma relação sujeito-sujeito, na perspectiva do princípio maior do direito universal ao atendimento das necessidades de saúde. Assim, alcançaremos a integralidade do cuidado, como ferramenta para oferta de serviços mais humanizados, por meio da articulação de saberes e fazeres dos atores implicados no processo de produção de saúde, visando uma linha de cuidado verdadeiramente satisfatória e transversal, agregada aos inúmeros serviços de saúde que os sujeitos adoecidos buscam. Linha de cuidado seria de acordo com Franco:

Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas, que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. (FRANCO E MAGALHÃES,2003.P78.)

A linha de cuidado busca articular o cuidado, a partir da atenção primária, até o mais complexo nível de atenção, exigindo a interação com os demais sistemas, para a garantia de direitos. Orienta também para a organização e a implementação de redes de cuidado e proteção social no território, de acordo com a capacidade de gestão de cada localidade, e, estimula que os profissionais de saúde ampliem o diálogo com as famílias, favorecendo o estabelecimento de vínculo.

Quando o trabalho em saúde é realizado tendo uma linha de cuidado integral, ele favorece-se como um todo, através da utilização dos recursos tecnológicos existentes no local onde está sendo realizado, fazendo com que a equipe atue de forma criativa e acima de tudo coletiva na construção do cuidado. Um dispositivo tecnológico existente, que se propõe a atuar pautado na integralidade, que busca a qualidade da resposta gerencial e assistencial na produção desse cuidado em saúde é a Política Nacional de Humanização-PNH.

A Humanização é um dispositivo tecnológico, que está sendo efetivado na área da saúde, utilizando-se como foco do cuidado o usuário, por entender que, todas as tecnologias existentes hoje nesta área, participam do processo de cuidado. A PNH está diretamente implicada em fomentar a relevância do usuário, na construção e/ou reconstrução do seu modo de viver e no resgate de sua saúde.

Esse dispositivo permite discutir algumas condições consideradas imprescindíveis, para aflorar numa relação clínica participativa, solidária, geradora de autonomia, estimuladora da prática dos serviços, baseada na perspectiva da integralidade. Sendo assim, passo a reconstituir a trajetória da política de Humanização no contexto do SUS, para melhor entendermos as questões acima expostas.

CAPÍTULO 2

HUMANIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO: EM BUSCA DE UMA NOVA FORMA DE CUIDAR.

A discussão sobre a Humanização no campo da saúde está se tornando cada vez mais fecunda. Esse debate iniciou de forma tímida na XI Conferência Nacional de Saúde, CNS (2000), quando se trabalhava o tema “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Havia então ,a proposta de se adentrar nas agendas das políticas públicas de saúde, pela necessidade de se buscar uma alternativa de atendimento mais acolhedora e eficaz, capaz de assegurar, a concretude dos princípios do Sistema Único de Saúde- SUS, na prática do cuidado.

Isso favoreceu a popularização do conceito de Humanização, utilizando-se da concepção de que: humanizar é cuidar do paciente como um todo, considerando o contexto familiar e social, seus valores e sua cultura. No entanto, vale pontuar que este conceito vem se ampliando e incorporando outras dimensões como: a estrutura física das instituições onde o cuidado está sendo realizado, as relações de trabalho, a dimensão sócio-política, entre outras, o que nos leva a pensar em vários entendimentos e considerações que explicam a Humanização e que estão em constante revitalização.

A Humanização vista no sentido filosófico, encontra suas raízes no humanismo, quando reconhece o valor e a dignidade do homem, sendo este a medida de todas as coisas, considerando-se sua natureza, seus limites, interesses e potenciais. Rios (2009). O autor considera ainda que, “o humanismo busca compreender o homem e a criar meios de se compreender uns aos outros” (RIOS, 2009, P.45). No entanto, para que se possa efetivamente colocar estas idéias em prática, as características humanas devem ser reconhecidas e valorizadas na área da saúde, através da construção de uma ética relacional.

A busca por essa construção deixa nítido: o surgimento da Humanização na saúde como uma resposta a um estado de tensão, de insatisfação e de sofrimento, tanto

dos profissionais quanto dos usuários, ambos decorrentes de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos.

Vale ressaltar que, essas relações sociais vêm percorrendo um longo caminho, o que poderá ser explicado ao analisarmos uma pequena retrospectiva histórica, sobre a saúde e a doença. A doença primeiramente estava relacionada a fatores sobrenaturais, sendo considerada na era cristã, como: um “castigo divino”. Somente no século XII, o ser humano passou a ser inserido como foco central no tratamento, contrapondo-se às questões e teorias sobrenaturais anteriores. Em meados dos séculos XVII e XVIII, a antiga perspectiva da civilização medieval havia mudado radicalmente, no que se refere à saúde.

A visão do cuidar de um universo orgânico (corporal) e espiritual foi substituída pela noção do mundo, como uma máquina e suas engrenagens. Oliveira, L.A (2005) pontua que, historicamente, a desumanização da medicina iniciou-se a partir de uma aliança entre cientistas e empresários, visto que, no século XVIII, o cuidado ao “doente” se institucionalizou, fundamentando-se no paradigma cartesiano, que aborda o tratamento ao ser humano, por um sistema mecanizado, de partes estanques e sob formas distintas. Assim, surge o termo conhecido como: o “cuidado mecanizado” ou a “tecnologia desumanizada”, por considerar como prioridade, o restabelecimento rápido para voltar ao trabalho, caracterizando uma violência institucional, através do não reconhecimento das subjetividades dos trabalhadores.

Então, entre os anos 1999 e 2002, algumas ações e programas foram propostos pelo Ministério da Saúde, voltados para o que estava se definindo como campo da Humanização, em busca da qualidade na atenção ao usuário, enquanto os debates aconteciam. No entanto, observa-se que, segundo Benevides (2005), a compreensão sobre a Humanização trazida até o momento, não estava contemplando as reais necessidades, pois:

A humanização estava sendo expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, tendo seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo, ou mesmo, ao tecnicismo, de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. (BENEVIDES, 2005, P.389).

O que não reflete a realidade do que se busca com a Humanização na saúde. Sabe-se que, este é um movimento contra a violência institucional na área da saúde,

razão de se enxergar na Humanização: um processo baseado no respeito e na valorização do sujeito. Esse dispositivo tecnológico adentra a área da saúde, na tentativa de modificar a cultura institucional, pela construção coletiva de compromissos éticos e pelos métodos de ações, de atenção e gestão dos serviços.

A Humanização deve ser entendida como: uma junção entre a competência técnica e tecnológica e a competência ética e relacional. Deslandes (2006) compartilha como olhar do sociólogo Howard (1975), sobre a questão, ao exprimir que, “ parte da premissa básica de que os seres humanos são produtos de necessidades fisiológicas e psicológicas, e o cuidado de quem se preocupa em provê-las pode ser compreendido como humanizado ” (DESLANDES, 2006, P.69). Nesse sentido, a Humanização começa a adquirir uma conotação real, na direção da valorização dos sujeitos, de relações dialógicas e de trocas solidárias.

A contribuição de Canguilhem (1995[2006]), para o debate acerca da normatividade da vida é muito importante, haja vista que, o autor entende que a vida, não deve sujeitar-se às normas, mas sim, as normas deveriam funcionar de acordo com a realidade de cada sujeito. A diferenciação que o autor faz sobre normalidade e normatividade serve de direção para o debate traçado pela Humanização, vista como experiência concreta do homem, no processo de produção de si e de sua saúde. Benevides e Passos (2005), acompanhando o pensamento de Canguilhem (1995[2006]), explicitam seu entendimento sobre Humanização, mais direcionado à incitação de um processo de produção de novos territórios existenciais, do que a retomada ou revalorização da imagem idealizada do Homem.

Diante dessas discussões e da demanda por uma forma de cuidar diferenciada, abrangente e participativa, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, caminhando nesta linha de pensamento, criou em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo como tripé de sustentação, a valorização de três atores importantíssimos nesse processo: o usuário, o trabalhador e o gestor. Antes de sua criação, já existiam ações e programas com foco na Humanização, como por exemplo: o Programa de Atenção ao Parto e Pré-Natal e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

Entretanto, estes programas, de modo geral, não mantinham articulação entre si e tinham um caráter fragmentado. A criação da PNH aparece com o propósito de

resgatar os princípios do SUS, além de trabalhar a Humanização como política, numa forma que, pudesse traduzir seus princípios e suas formas de operar, dentro das relações de todas as pessoas que fazem parte do SUS, o que pressupõe uma mudança no modelo de atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho dentro do SUS.

A opção pela Humanização como dispositivo tecnológico, a colaborar com a política pública no SUS, foi motivada pela necessidade de afirmá-la como: valor do cuidado e da gestão em saúde, ou seja, tê-la como um conceito orientador das práticas em saúde. Benevides e Passos (2006) referem que:

O projeto da PNH foi afirmar a saúde, não como valor de troca, mas como valor de uso, o que faz com que se altere o padrão de atenção no sentido da ênfase no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos. Estimula-se o protagonismo dos atores do sistema de saúde, fosse pela sua ação de controle social, fosse pelo fomento de mecanismos de co-gestão. Garantir melhores condições para os trabalhadores e gestores realizarem seu trabalho foi outra direção da PNH. (BENEVIDES E PASSOS, 2005, P.316).

A Humanização instalou-se, passando a ser vista como política pública, capaz de criar espaços de construção e troca de saberes, investindo no trabalho em equipe, onde todos os atores envolvidos pudessem contribuir e falar sobre as suas necessidades, os seus desejos e seus interesses dentro do processo de produção de saúde, o que possibilitaria alterar os modos de gestão deficitários, assim como, os de cuidado em saúde, fazendo com que a capacidade da Rede SUS pudesse ser ampliada, para produzir mais e melhor saúde aos cidadãos, dignificando o trabalho em saúde.

A PNH ou HumanizaSUS passou a se apresentar, como uma política a englobar as iniciativas já existentes, de forma a aproximá-las e potencializá-las, seguindo as próprias experiências do SUS, visando dessa forma, ampliar a discussão sobre o conceito de Humanização, mantendo como princípio básico, a indissociabilidade entre a atenção e gestão.

Barros e Gomes (2011) nos dizem que: a PNH seguiria como diretriz: os processos de subjetivação, que se efetivam como alteração dos modelos de gestão e de cuidado em saúde, produzindo novos sujeitos e novas práticas, aproveitando-se da vida em seu movimento de produção de normas e não o de ter de sujeitar-se a elas, através de outros modos de vida, de novas práticas de saúde, de outros modos de cuidar.

A Política de Humanização se constrói como: uma proposta para a superação do reducionismo ao qual a racionalidade biomédica ocidental está

aprisionada. O estabelecimento de uma relação com o outro, em que este não é transformado em objeto é imprescindível. É na tentativa de superação da “cisão eu-outro” e da construção de uma relação sujeito-sujeito que estamos propondo práticas de cuidado. (BARROS E GOMES, 2011, P.647)

Deslandes (2006), se junta ao debate, entendendo-a como, uma proposta de articulação entre às tecnologias já existentes no campo da saúde, assim como os equipamentos, os procedimentos e os saberes já utilizados, associados à escuta, ao diálogo, potencializando os graus de afetos suscitados na relação estabelecida entre o cuidador e o ser cuidado, gerando a aproximação entre o paciente e a equipe que cuida, afastando-se do padrão de interações frias e distantes do paciente.

Dessa forma, Ayres (2006) mostra sua definição sobre a Humanização da atenção à saúde como:

Um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum. (AYRES, 2006, P.78).

A felicidade discutida por Ayres deve ser entendida como: as necessidades reais relacionadas ao processo de saúde e doença, que o sujeito trás através de suas experiências. Nessa linha de definições anteriormente colocadas, o entendimento sobre saúde sairia da restrição proposta pelo poder biomédico e se ampliaria para uma discussão, em que a mesma seja inicialmente pensada como um projeto em curso, ou seja, incompleta, e que será construída no decorrer dos encontros estabelecidos entre os sujeitos implicados com o cuidar em saúde. É nessa direção que a Humanização do SUS quer caminhar.

Dessa forma, a Política Nacional de Humanização não se propõe a apresentar resultados prontos e acabados, ela vem com a proposta de trabalhar com a lógica da inclusão, para chegar a modelos do cuidado em saúde mais significativos e que se afastem das relações marcadas pelo diálogo escasso e pelo autoritarismo, impostos pelas desigualdades nas relações de poder e nas relações entre sujeitos nas práticas de saúde, objetivando dar aos cidadãos maior autonomia no cuidado de si.

Para reverter à tendência da reprodução de práticas que atentam contra a dignidade do cuidado e da gestão, é necessário reverter a principal força que mantém e reproduz estes problemas: a exclusão. Reverter a exclusão requer a construção de estratégias de inclusão, ou seja, forçar a passagem de outras perspectivas, abordagens, interesses e necessidades nas relações clínicas e nos processos de gestão do trabalho, permitindo maior incidência e interferência dos sujeitos nestas relações.(PASHE E PASSOS 2010, P.2)

A Política Nacional de Humanização (PNH), associada ao olhar do cuidado, partindo de onde ele realmente ocorre, ou seja, nas relações cotidianas, pode gerar a autonomia do sujeito adoecido no que tange ao seu processo de adoecimento e de resgate da saúde, chegando aos modos mais efetivos de intervenção cuidadora nos serviços de saúde.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras, que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (M/S 2004, p.45)

A Humanização por trazer uma proposta de integralidade e de resgate aos princípios do SUS, e, por dinamizar uma política voltada à produção efetiva de mudanças no gerenciamento da gestão e na forma de produção do cuidado em saúde, estabelece a possibilidade de desenvolver outro olhar sobre o que já existe, especialmente quanto ao de fazer escolhas. Nesse sentido, impõe-se como: uma política contra- hegemônica, que expõe os fatos relevantes que necessitam ainda serem formados, assim como outras possíveis formas de atuação no SUS. Todas as ações vão de encontro à centralização, à visão do corpo de órgãos, ao cuidado do sintoma. Vão ao encontro do que está instituído no SUS.

Assim, humanizar implica na experimentação de mudanças que apontem para a construção de soluções mais partilhadas, mais coletivas, mais respeitadas. Obviamente, à referência ético-política, aqui é a base doutrinária do SUS (direito à saúde, equidade e a integralidade), considerando-se aquilo que a sociedade tem definido como o que seja desejável e aceitável no campo do cuidado. (PASHE E PASSOS, 2010. P.2)

Acredito que: para que a Humanização na saúde efetivamente ocorra, o método mais eficaz e eficiente seria trabalhar a questão da inclusão do sujeito que necessita do cuidado, assim como, o dos trabalhadores envolvidos nesse processo, sem levar em consideração exclusiva, o saber-fazer do médico. Com essa postura, enfrentar-se-ia, entre outras coisas, a expropriação da autonomia do sujeito no cuidado de si, as relações desiguais no cuidado, na relação usuário/rede social e entre os trabalhadores e os gestores, possibilitando-os de desenvolverem a capacidade de reinventar a vida, buscando sua singularização.

Esta seria a aposta ética da Humanização em saúde. Pashe e Passos (2010) advogam a inclusão, como método a ser utilizado pela PNH. Explicitam que, as ocorrências dessas propostas devem levar em conta:

Inclusão, na perspectiva democrática, significa acolher e incluir as diferenças, colocando a diversidade lado a lado. Diversidade da manifestação do vivo, da heterogeneidade e das singularidades do humano. Incluir o outro, aquele que não sou eu, que de mim estranha, e que em mim produz estranhamento, provocando tanto o contentamento e a alegria, como mal-estar. A inclusão produz, portanto, a emergência de movimentos ambíguos e contraditórios, os quais devem ser sustentados por práticas de gestão, que suportem o convívio da diferença e a partir dela sejam capazes de produzir o comum, que pode ser traduzido como projeto coletivo. (PASHE E PASSOS, 2010, P.426)

Através da inclusão, os atores envolvidos no cuidado, provocariam nos usuários, atitudes para uma maior autonomia no cuidado de si, deslocando para a relação clínica, a possibilidade de um sujeito ativo diante desse cuidado, não mais passivo, mas sim protagonista e co-responsável pelo cuidado.

2.1 Tecnologias em Saúde e a Transformação em Dispositivos de Humanização: Quais as Possibilidades?

Para conversar sobre as tecnologias utilizadas nos trabalhos em saúde, no decorrer das intervenções realizadas no processo saúde/doença, se faz necessário entender que: os aspectos tecnológicos dizem respeito não só a recursos materiais, científicos e instrumentais, mas também, às escolhas estabelecidas para articular e promover conhecimentos, às estratégias de interpretação, de planejamento e de avaliação, além dos investimentos em negociações, bem como nas demais relações que ocorrem no transcurso do cuidar. Ao se transmutarem em dispositivos de Humanização, renovam-se as formas de cuidar, de tratar ou de escutar, criando-se um novo padrão de atenção à saúde. Por isso, as tecnologias para o cuidado, não devem ser olhadas apenas como: os equipamentos e os medicamentos.

Quanto aos aspectos técnicos, estes se referem: à construção de saberes aplicados, isto é, saberes relativos aos processos, à arte ou aos modos específicos de executar ou fazer algo, resumindo-se aos recursos materiais, científicos, instrumentais ou operacionais, que definem as maneiras, os jeitos e as habilidades de se atuar na realidade ou de se intervir em um dado campo de práticas. (M/S, 2004, P. 24).

Para refletir um pouco mais sobre os aspectos técnicos e tecnológicos no campo da saúde, me apoio na formulação utilizada pelo médico sanitário Emerson Elias Merhy (2003). Esse autor pesquisou e deu nome a um conjunto de diferentes tecnologias utilizadas no trabalho em saúde. Ele chama de “tecnologias”, para todos os instrumentos, conhecimentos e comportamentos, que procuram garantir ao trabalho o alcance de seus objetivos, ou seja: funcionam como verdadeiras bússolas para orientar os processos na direção de sua finalidade. O autor identificou três diferentes tipos de tecnologias para o cuidado e para a gestão:

- Tecnologias duras (TD): são os equipamentos que, no senso comum, tendem a serem reconhecidos como a própria tecnologia, as normas legais e as estruturas organizacionais. Uma característica importante desse tipo de tecnologia é justamente seu caráter técnico. Ou seja, elas aplicam um conhecimento que já é produzido. Outra característica é que, para operá-las, o trabalhador não realiza nenhum trabalho criativo ou inventivo. Da mesma forma que, para operá-las, o trabalhador faz apenas trabalho repetitivo.

- Tecnologias leve-duras (TLD): além dos equipamentos, os trabalhadores da saúde também utilizam os conhecimentos estruturados (como da medicina e das suas especialidades, da enfermagem, da odontologia, da epidemiologia e assim por diante); protocolos assistenciais, entre outros. Essas tecnologias têm uma parte dura, como as primeiras, no momento do cuidado, quando o trabalhador não tem a liberdade de criar.
- Tecnologias leves (TL): além dos dois tipos citados acima, Emerson Merhy fala de outro tipo de tecnologia, que depende exclusivamente de trabalho criativo e inventivo, existente somente no momento do encontro entre duas ou mais pessoas. Esse tipo de tecnologia mobiliza os afetos e é visível nas relações entre essas pessoas.

Em um breve resumo, podemos entender que: considerar tecnologia leve é expressar um processo de produção da comunicação nas relações: de acolhimento e de vínculos que conduzam ao encontro dos usuários com necessidades de ações na saúde. Já a tecnologia leve-dura, incluiria os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, enfermagem, psicologia entre outras. Por fim, a tecnologia dura, pode ser representada pelo material concreto como: equipamentos tecnológicos (hardware), mobiliário tipo permanente ou de consumo, normas e rotinas, estruturas organizacionais. Apesar de se inter-relacionarem, os tipos de tecnologias podem pender em graus de importância, conforme a área em que o profissional atua.

Sendo assim, a idéia sobre a tecnologia para a saúde consiste em: saberes e práticas, que podem resultar em produtos fechados, a exemplo das condutas normativas (duras), ou em produtos abertos, como quando se está diante de um processo de relação social na saúde, que pode muito bem exemplificar como um processo de Humanização (leve). Portanto, a utilização competente e eficaz das tecnologias empregadas no atendimento à saúde, deve estar associada a uma forma de atendimento, que considere e respeite a singularidade das necessidades: do usuário, da família e do profissional, desde que estas necessidades estejam pautadas em suas subjetividades, estas que iram indicar às direções das intervenções de Humanização.

Nessa perspectiva, é importante entender que: a essência do cuidado está no equilíbrio da utilização dessas três tecnologias. Sempre focando que, a relação de

cuidado deve ser construída entre os trabalhadores e o usuário, com a participação da família, visto que, os problemas de saúde são complexos, e, somente o conhecimento ou a aplicação de equipamentos, não conseguem dar conta de abordá-los de forma suficiente, cabendo ao profissional da saúde e da gestão, organizar o processo de trabalho, de forma a garantir a autonomia com responsabilidade para todos os envolvidos.

Em relação à linha do cuidado em saúde, de acordo com a visão de Merhy quanto à completude dessas tecnologias, concordo com os conceitos colocados por ele:

A produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo, interage todo o tempo com instrumentos, com máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho, podendo ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas). (MERHY E FRANCO, 2003. P 03)⁵

Ainda de acordo com o autor, o trabalho vivo refere-se aos saberes que são compartilhados no momento do encontro estabelecido entre o profissional da saúde e o usuário. Liga-se ao uso dos saberes, construídos no decorrer de suas práticas, bem como da utilização dos insumos tecnológicos, buscando-se efetuar um cuidado abrangente, entendendo que, os insumos não se sobrepõem aos saberes compartilhados, durante a relação que se estabelece entre os atores referenciados, mas sim, devem complementar a forma de cuidar em saúde, já que é no encontro entre os serviços e os usuários, que vai ocorrer à intensa atividade do cuidado, misturando-se saberes, fazeres, e linhas de cuidado que acontecem no dia a dia do trabalho em saúde.

Franco (2003) reforça a noção de “trabalho vivo” como um “dispositivo de formação de fluxos-conectivos, com muitas ligações, que se misturam durante os encontros, assumindo características de multiplicidade e heterogeneidade.”

No entanto, entendo que: o trabalho vivo não possui “liberdade” plena, pois caminha também pelas prisões pontuadas pelas normas de funcionamento, estabelecida pelos serviços de saúde, apesar de possuir um potencial intrínseco para descobrir ou redescobrir novas possibilidades de se fazer presente, através do sujeito que está

5 Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>

diretamente inserido no sistema produtivo da saúde, e é capaz de encontrar novas maneiras para dar sentido a produção do cuidado.

Com relação ao trabalho morto, (MERHY, 2007), diz corresponder: ao maquinário, aos exames, aos protocolos estabelecidos e enrijecidos pela atuação médico hegemônica, onde se trabalha com a mudez do usuário e o autoritarismo do profissional de saúde, anulando a autonomia do usuário no cuidar de si.

Partilho novamente do conceito trazido por Merhy sobre trabalho vivo e trabalho morto, como parâmetro de pensar no processo que envolve o trabalho em saúde. Justamente por encontrar-se envolto nas inúmeras dificuldades, próprias das instituições que engloba: Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Postos de Saúde, Urgência e Emergência.

Percebe-se que: quanto à atuação do profissional, este se fixa em atos prescritivos e pouco relacionais, produzindo a alienação na forma de cuidar, pois não se vislumbra o sujeito demandante do cuidado, como um ser que ao adoecer o fez mediante um contexto, próprio de suas vivências pessoais, e de outras informações que colaboram para entender o adoecimento.

A prática executada pelos profissionais varia de acordo com suas subjetividades e suas referências teóricas-práticas, pois, mesmo que o trabalho em saúde seja compreendido como coletivo pelo envolvimento dos profissionais que estão atuando, assim como dos usuários que estão recebendo o cuidado, a comunicação entre as partes muitas vezes não ocorre de maneira satisfatória. Entendendo como satisfatória, o trabalho em saúde que procura atingir e colaborar com o resgate de uma forma saudável, para que o usuário possa dar continuidade as suas rotinas, sentindo-se estimulado a cuidar de si, como um verdadeiro protagonista e não como coadjuvante do processo.

Visto desta forma, o trabalho em saúde jamais deverá prescindir da associação da técnica, baseada ao saber acumulado decorrente da atuação do profissional, ligada a uma reflexão sobre o contexto singular em que a ação se desenvolve, considerando todos os sujeitos envolvidos, os valores, os significados, as condições históricas, etc. A junção do saber técnico ao saber acumulado de cada sujeito envolvido no processo, traz consigo, construções de vivenciais pessoais. Isso colabora para o entendimento de que, o processo de trabalho em saúde não possui uma única lógica, um padrão cristalizado a ser seguido, mas que, estará implicado diretamente com a singularidade de cada sujeito.

Franco e Merhy (2005) referem que: se faz necessário aprofundar a compreensão da dimensão subjetiva de cada trabalhador, para poder entender a dimensão micropolítica deles, buscando perceber:

Como na sua singularidade eles produzem o cuidado no cotidiano, partindo do pressuposto de que há produção subjetiva do cuidado em saúde no âmbito do processo de trabalho, e ao mesmo tempo produção de si mesmos como sujeitos do trabalho. Isto se dá, na medida em que interagem: com os usuários e como problema de saúde, através do seu processo produtivo. (FRANCO E MERHY, 2005, P.45)

Entretanto, observo que no trabalho em saúde prevalece à tendência dos serviços de identificação das necessidades em saúde, voltadas às questões biológicas do corpo. Quando assim identificadas, são supridas pela ótica das ofertas de ações nos serviços de saúde. O interessante nisto, é que esses serviços estão relacionados: aos exames, aos medicamentos e a outros insumos, revelando a fragmentação do conhecimento do ser que realiza o cuida. Destacam-se nessa questão, poucas trocas solidárias de saberes, sobressaindo-se a prática de maneira isolada, com cada categoria cuidando de acordo com sua caixinha de conhecimento. Dessa forma, não haverá o favorecimento da ética do compromisso com a vida, com o estabelecimento de vínculos, com a busca da resolutividade ao caso que se está cuidando.

Merhy exemplifica a atuação do profissional da saúde da seguinte forma:

Quando um determinado profissional trabalha para resolver certa necessidade do usuário, como por exemplo, o cuidado à hipertensão arterial, ele tem pelo menos duas alternativas de projeto terapêutico: 1ª Ele cuida do problema de saúde, utilizando principalmente dos exames e medicamentos, e tem um processo de trabalho centrado no ato prescritivo. Neste caso, o núcleo tecnológico do cuidado está centrado no Trabalho Morto (instrumental). 2ª Ele trabalha um projeto terapêutico mais relacional com o usuário, transferindo-lhe conhecimentos para o autocuidado, autonomizando-o para “viver a vida” (Campos, 1992). “Aqui ele tem um processo de trabalho cujo núcleo de tecnologias está centrado no Trabalho Vivo. (MERHY, 2010, P.78).

Entendo assim, que a escolha pela forma de cuidar, liga-se à questão subjetiva do trabalhador, com as suas escolhas e o seu entendimento para efetuar o cuidado integral em saúde. Hoje a demanda dos usuários clama por um atendimento diferenciado, mais acolhedor. A postura adotada pelo profissional em permanecer atuando pautado apenas em tecnologias duras, no trabalho morto, vai depender de suas escolhas, referentes à forma de perceber sua prática na assistência à saúde, bem como do seu conhecimento em relação à alteridade do sujeito, isto é, de entender que, todo homem social interage e interdepende de outros indivíduos.

Dessa forma, eu apenas existo a partir do outro, da visão do outro, o que me permite também compreender o mundo a partir de um olhar diferenciado, partindo tanto do diferente, quanto de mim mesma, sensibilizada que fico pela experiência do contato com o outro, ou seja, pela compreensão que a relação social é sempre intersubjetiva.

2.2 Tecnologia e autonomia do sujeito no cuidar de si

Ao se pensar na produção do cuidado em saúde deve-se ter clareza que: apenas um saber-fazer, uma única verdade pré-estabelecida, cristalizada, não dará conta de toda a complexidade que o sujeito traz consigo no seu processo de adoecimento. No entanto, quando se pensa em cuidado em saúde, logo se faz a associação deste cuidado com as tecnologias mais avançadas, como instrumentos de alto valor tecnológico, entendendo-se que: com a utilização deles o cuidado será melhor executado. Surge então o questionamento: Melhor para quem?

Não há, obviamente, a pretensão de excluir os recursos tecnológicos utilizados na busca e na intervenção, pelo profissional de saúde no cuidado do usuário, também não há como classificá-los como desnecessários, mas, deve-se problematizar a relação entre, os processos, as tecnologias e o cuidado, estabelecidos na assistência à saúde. Vale ressaltar que: os insumos tecnológicos existentes são frutos de avanços técnicos importantes, tais como, as vacinas, os antibióticos, e, a mecanização por meio dos serviços de apoio a diagnose e a terapia, essenciais na produção do cuidado. Por outro lado, é essencial que estejam sendo associados a uma perspectiva clínica abrangente, que possibilite o resgate à saúde do sujeito e que favoreça a discussão sobre: como o usuário se sente frente ao seu adoecimento.

Do ponto de vista do usuário, podemos dizer que, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados. (MERHY, 2007, P. 8).

Então pergunto: como restituir aos cidadãos uma maior autonomia no cuidado de si? Para tentar responder a essa pergunta temos que compreender o que a palavra autonomia nos revela. A idéia de autonomia (*auto*= próprio, *nomos* = norma, regra, lei) conduz ao pensamento, imediatamente a idéia de liberdade, de capacidade de exercício

ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e sobre as suas possibilidades e da capacidade de construírem suas próprias trajetórias de vida. Sendo assim, a autonomia mostra-se como: um aspecto importante a se considerar na ética do cuidado, como categoria central e como critério definidor da atuação de um cuidador em saúde.

O fenômeno do cuidado se dá na relação interpessoal estabelecida na interação entre os sujeitos. Isto implica em comunicação, pressupondo o entrelaçamento de saberes e fazeres. Quando a pessoa se encontra adoecida e procura um serviço de saúde, já fica dependente dos profissionais que ali se encontram para realizarem os cuidados, perdendo de imediato a sua autonomia. Isso acontece devido estarem enquadrados em uma ordem institucional, não-familiar, que é a instituição de saúde.

A perda da autonomia é quase inerente a esse processo, pois leva a uma acomodação do autoconceito de corpo/sujeito. Corpo que será intensamente trabalhado, fragmentado e observado. A intenção é que, se caminhe na direção contrária dos modelos de trabalho, centrados no ato médico e no corpo enfermo e que se volte à atenção à relação com o usuário, este que é o sujeito diretamente implicado com o processo de resgate da saúde.

A autonomia do sujeito não existe nessa lógica de atuação, onde se exclui o sujeito no ato do cuidado e tudo passa a ser decidido por outros atores. A ação de prestação de cuidados em saúde deve capacitar o ser que recebe o cuidado, na sua vida diária, ensinando-o a cuidar de si. No entanto, essas ações se concentram na realização de exames diagnósticos, ou submissão ao ato cirúrgico, ou ainda preparando o usuário para algum tratamento especificado, sem que se forneçam a ele, os cuidados e as informações que iriam conceder-lhe autonomia.

Como possibilidade de adentrar qualidade no processo de cuidado em saúde, Merhy (2010) expõe que: a atuação dos atores envolvidos nesse processo de cuidado, os trabalhadores, os gestores e os usuários, deve ser pontuada pelas tecnologias leves que ele denomina de, “*os processos relacionais entre um trabalhador de saúde e um usuário*”, as tecnologias duras que este coloca como, “*os equipamentos de imagem ou de radioterapia*”, e as tecnologias leve-duras postas como, “*os saberes bem*

estruturados que dirigem as intervenções em saúde, a exemplo da clínica, da epidemiologia, da economia em saúde”.

Diante dessa complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advogamos a noção de que, só uma conformação adequada entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e o desenvolvimento de ações que permitam à produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário, no seu modo de estar no mundo. (MERHY, 2010, P. 437).

De acordo com as discussões aqui produzidas, entendo que, a autonomia do sujeito pode ser alcançada, desde que os atores do ato de cuidar se apropriem do conhecimento humanizado e o façam transparecer na Rede SUS. Esse conhecimento deve ser totalmente visível, mostrando-se em seu entrelaçamento dos saberes, com o expresso discernimento de que estará sempre em defesa da vida dos doentes. Nesse sentido, a expansão da vida se entrecruza com a busca pela maior capacidade de autonomia do sujeito, em cada contexto, diante do seu adoecimento.

CAPÍTULO 3

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A abordagem metodológica escolhida foi à pesquisa de natureza qualitativa, haja vista que, às relações estabelecidas no cuidado em saúde são de cunho subjetivo, e, a abordagem qualitativa por trabalhar com a fala e a escuta como acessos privilegiados, se reveste de uma capacidade específica no tratamento às vivências subjetivas.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO ET AL., 1998, P. 21-22).

A pesquisa qualitativa permite a compreensão das relações intersubjetivas e interrelacionais, que se estabelecem entre o cuidador e o sujeito que recebe o cuidado, levando em conta os níveis mais profundos das relações sociais, que ocorrem na realidade objetiva do cotidiano. Chizzotti (1998) entende que, a pesquisa não pode ser compreendida como algo distante e estático, mas, como uma atividade que busca o significado que o indivíduo dá aos seus atos, aos fatos e acontecimentos de sua vida diária, buscando a realidade na qual o sujeito está inserido. Quanto à abordagem qualitativa, o autor coloca que: “A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeito e objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” (CHIZZOTTI, 1998, P.79).

Minayo (2007) explicita que: a investigação social considera a cultura, o processo histórico, os traços dos acontecimentos, compreendendo o todo do indivíduo em seus aspectos mutáveis e permanentes. De acordo com o autor: “O ser humano é autor das instituições, das leis, das visões de mundo, que em ritmos diferentes, são todos provisórios, passageiros, trazendo em si mesmos, sementes de transformações”(MINAYO, 2007, P.40).

São os próprios atores que dão significado e intencionalidade aos seus atos, portanto são eles que irão interpretar suas ações e suas contribuições. Ainda com

relação ao estudo qualitativo, Minayo (2007) explica que: essa é a ferramenta mais adequada quando se busca realizar pesquisas na área da saúde, pois à investigação relaciona-se aos interesses e circunstâncias socialmente interligados, lócus por excelência para o brotamento das pesquisas em determinada inserção no real, onde se encontram: a razão e o objetivo. A autora conceitua pesquisa social em saúde como: “Todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam nesse campo como: às instituições políticas, às instituições de serviços, os profissionais e os usuários” (MINAYO, 2007, P.47)

Através da abordagem qualitativa analisei o sentido de saúde/doença no ato de cuidar: dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários da saúde, assim como verifiquei como o cuidado é produzido no interior dos serviços de saúde, especialmente no setor de internação da Unidade Mista de Saúde do Município de Barcarena. Dessa forma, investiguei as práticas de cuidado realizadas pelos atores acima citados, tentando vislumbrar se suas ações possibilitam ou não processos mais humanizados no âmbito das ações de saúde no SUS.

Heloani e Lancman (2004,p.80) demonstram que, à abordagem qualitativa mostra-se de forma adequada, pois: “busca a compreensão (esfera da linguagem), à empatia (capacidade de se colocar no lugar do outro), em relação aos fenômenos humanos sociais que pretende interpretar (hermenêutica)”

Portanto, á luz da hermenêutica e das mentalidades, o pesquisador busca compreender: o significado que as pessoas dão as suas vidas. Sobretudo pela lógica relacional. Nessa perspectiva, o investigador preocupa-se mais com o processo do que com os resultados, tendo como base questões amplas, que vão se tornando mais focadas a partir dos dados, da definição do objeto e da compreensão do quadro referencial. (HELOANI E LANCMAN, 2004, P.80).

Ainda, de acordo com os autores Heloani e Lancman, a pesquisa tem por objetivo: “*descortinar os sentidos e os significados que às pessoas utilizam ao se depararem com o mundo e notar que, o que se procura é a compreensão do fenômeno em sua totalidade, por isso, a opção pela abordagem qualitativa parece mais adequada.*” (p.80)

Nesta pesquisa utilizei o estudo de caso, onde são considerados como objeto de estudo: o sentido de saúde/doença que, os usuários, os trabalhadores e o gestor da Unidade Mista de Saúde de Barcarena possuem, para investigar as formas possíveis

de participação coletiva, que possam contribuir para ações mais humanizadas na área da saúde.

Ao optar pelo estudo de caso, busquei o apoio de Heloani e Lancman (2004), devido ao nível de esclarecimento que possuem como:

À compreensão singular de eventos sejam eles quais forem é o princípio básico do estudo de caso. Na forma de pesquisa qualitativa, o objeto estudado é tratado como único, dentro de sua representação particular da realidade. Assim, cada caso, desta sua similitude dos outros, sendo concomitante, diferente, devendo ser “desvelado” e estudado com e pelas suas idiossincrasias, em uma situação ou em um determinado problema. O intuito desse tipo de pesquisa é estudar profundamente sua organização, seja ela qual for. Seja um grupo de pessoas, uma família ou simplesmente uma única pessoa. (HELOANI E LANCMAN, 2004, P.80).

Os mesmos autores referenciam Young (1960), quanto à descrição do estudo de caso:

Um conjunto de dados que descrevem uma fase ou a totalidade do processo social de uma unidade, em suas várias relações internas e nas suas fixações culturais, quer seja essa unidade, uma pessoa, um profissional, uma instituição social, uma comunidade ou uma nação. (YOUNG, 1960, P.269).

Vale ressaltar que, esta pesquisa foi realizada exclusivamente com, o gestor e os trabalhadores que fazem parte do quadro funcional, também com os usuários que utilizam os serviços da internação da Unidade Mista de Saúde de Barcarena. Acrescento a essa informação que os usuários eram sujeitos adultos, que os trabalhadores eram alfabetizados, e que o gestor da Unidade de Saúde exercia no momento o cargo de chefia da referida Unidade. Todos os participantes da pesquisa aceitaram-na livremente.

Em cumprimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, à pesquisa foi desenvolvida após aprovação pelo Comitê de Ética. Com base nessa Resolução, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foram devidamente orientados, sobre a participação que teriam no processo, obtendo acesso às explicações do que consta no Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE)⁶, que foi lido por mim, a pesquisadora, e explicado para que fosse melhor compreendido, e somente após a sua aceitação, foi assinado por todos, atestando a sua visibilidade.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de entrevistas semiestruturadas, compostas de duas partes. A primeira parte caracterizada pelos dados

6 Em apêndice

de identificação do público alvo. A segunda parte caracterizada por um roteiro⁷ baseado no objeto desse estudo. A abordagem metodológica teve por objeto: a fala dos trabalhadores, do gestor e dos usuários, que produzem e recebem cuidados em saúde na UMSB. As entrevistas foram gravadas (com a autorização dos participantes), e também transcritas.

Como passos finais do processo de pesquisa, foram realizados a análise e o tratamento do material empírico, assim como o das entrevistas. O conjunto dos dados e das informações levantado permitiu uma análise sob duas perspectivas, ou melhor, sob dois eixos: o primeiro eixo, mostrando o tratamento da compreensão que os participantes (trabalhadores, usuários e gestor), apresentaram sobre o sentido de saúde e doença e o segundo eixo, mostrando como se configura para eles o cuidado. A análise dos dados procurou mostrar como aconteceu à associação desse cuidado com uma assistência humanizada.

3.1. Passos Iniciais

Após a qualificação do projeto de pesquisa no Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGP), da UFPA, o projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil, para ser apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – ICS/UFPA.

Conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, é determinado que todo e qualquer pesquisa relativo aos seres humanos, seja de forma direta ou indireta, necessita ser submetido à apreciação desse Órgão Regulador. De acordo com a Resolução devem ser respeitados os aspectos legais, morais e éticos durante a realização do estudo. Ainda seguindo a Resolução nº 196/96 do CNS/MS, à realização desta pesquisa, por sua proposta de investigação, não deve oferecer riscos às pessoas envolvidas.

Após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – ICS/UFPA, para que a pesquisa de campo se iniciasse me dirigi até a direção da Unidade Mista de Saúde, cenário e lócus do estudo, para apresentar a pesquisa e informar o início do processo de coleta de dados,

7 Em apêndice

junto aos trabalhadores do setor da internação e dos usuários ali internados. A direção se mostrou bastante receptiva à pesquisa, não colocando qualquer obstáculo para a realização das entrevistas.

Em seguida, o mesmo procedimento foi adotado junto à chefia do setor de enfermagem, também bastante acolhedor à pesquisa, liberando os profissionais para serem entrevistados. As entrevistas foram feitas durante o horário de trabalho dos profissionais, nos momentos em que eles estivessem mais disponíveis, sem muitas atribuições para realizar, como por exemplo: entre os intervalos do almoço e do café da tarde. No caso dos profissionais de nível superior, as entrevistas aconteciam após a realização de seus atendimentos.

Foi muito importante esse apoio para o andamento da coleta de dados, principalmente quanto à chefia de enfermagem. Pois, a enfermeira chefe da Unidade, por permanecer por um maior tempo próxima aos usuários e aos seus acompanhantes, adquiriu a facilidade de manter contatos e articulações com eles e com os outros integrantes da equipe multiprofissional: médicos, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e técnicos de enfermagem.

Após a abordagem aos participantes da pesquisa, garantindo-se o resguardo e o sigilo sobre as suas identidades, todos concordaram que, os resultados deste estudo fossem divulgados, com a condição assegurada de total anonimato. Com a promessa do respeito às normas e com as garantias do consentimento informado, preservava-se a autonomia, mantendo-se o respeito aos indivíduos participantes. Estes atores do processo, também ficaram cientes acerca dos objetivos e da metodologia empregada neste trabalho, aceitando-o. Ao aceitarem voluntariamente participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), recebendo uma cópia do documento.

3.2. Entrevistados

Todos os participantes da pesquisa, ou fazem parte do quadro funcional, atuando no setor da internação, e/ou utilizam os serviços oferecidos por este setor da Unidade Mista de Saúde de Barcarena, um município situado na região Amazônica Brasileira, local escolhido para realizar a pesquisa. São ao todo, profissionais e usuários, cuja

divisão em níveis, cumpre somente à organização para o trabalho escrito sobre esta pesquisa.

Dessa forma selecionamos: profissionais de nível superior distribuídos pelas categorias de: enfermeiro, médicos, nutricionista e assistente social; profissional de nível médio com formação em técnica de enfermagem; o gestor da Unidade e os usuários das enfermarias do setor feminino; do setor masculino e da enfermaria pediátrica, cujo entrevistado foi o acompanhante da criança. No caso dos usuários, foram definidos os sujeitos adultos a partir de dezoito anos de idade; de ambos os sexos; independente de escolaridade; o estado civil; a atividade profissional; a naturalidade. A única exigência era: que todos os participantes entrevistados deveriam estar internados na UMSB para investigação diagnóstica, ou para tratamento de saúde.

Dentre as entrevistas realizadas foram selecionados quatro homens e seis mulheres, sendo oito casados e dois solteiros. Quanto à escolaridade percebemos um baixo grau de instrução dos usuários, haja vista que, todos eles possuíam somente ensino fundamental incompleto. A faixa etária variou entre 30 e 53 anos de idade. Quanto ao ambiente residencial, apenas os médicos, não residem no município de Barcarena, todos os outros participantes moram e trabalham exclusivamente no município.

Ponto esta exclusividade para identificar uma prática comum no município de Barcarena. Existem muitos profissionais que possuem atividades trabalhistas no município, mas que residem em Belém. Alguns desses profissionais cumprem jornadas de trabalho de dois ou três dias por semana em Barcarena. Essa situação ocorre: seja pelo custo de transporte, ou pelo tempo decorrido de viagem, esta que, depende dos meios de locomoção até o município: se a escolha for a de transporte por água, há que se tomar um barco ou uma lancha e fazer a travessia da baía do Guajará, até os portos do município, sejam o porto do Foca ou o porto da “bera”. A volta cumpre o sentido inverso da baía do Guajará, até o porto do Ver-o-Peso. Há a opção do transporte terrestre, de carro particular ou de ônibus atravessando a Alça Viária, num percurso que varia de 02h00min a 02h30minhoras de viagem.

O critério de representatividade da amostra para encerramento da coleta de dados foi o da saturação do discurso. A interpretação do material coletado seguiu os preceitos da análise de conteúdo.

Outro importante aspecto considerado para a escolha dos sujeitos foi o critério subjetivo, caracterizado pelo desejo do sujeito em fazer parte da pesquisa, associado no caso do usuário, às condições clínicas: físicas e mentais que possibilitaram sua inclusão no processo da pesquisa.

3.3. A escolha da Unidade Mista de Saúde de Barcarena

Essa escolha tem foro sentimental e íntimo. Em função da minha implicação nas relações que envolvem as atividades desenvolvidas na assistência à saúde, na Unidade Mista de Saúde de Barcarena. Por ser o local onde desenvolvo minhas atividades produtivas e onde vivencio diariamente, a dinâmica do cuidado acontecer. A escolha se pautou também, por ser este, o único espaço público no município, exclusivo para a realização da internação da população adulta.

Ressalto que, pelo fato de já fazer parte do quadro funcional da Unidade Mista e, por manter contato com os participantes (todos são colegas de trabalho ou usuários atendidos por mim), favoreceu o acesso e à aceitação dos mesmos em participar da pesquisa, visto que, já estávamos familiarizados. No entanto, observei que: os participantes quando questionados sobre quais eram as suas concepções sobre a saúde, iniciavam em sua grande maioria, ressaltando questões psicológicas.

Dessa forma, o local escolhido por mim como cenário primordial para dar corpo ao trabalho de pesquisa sobre a Humanização foi o meu próprio ambiente de trabalho. Um lugar que tenta fazer o bem e onde me sinto bem. Encontrei ali, todas as filigranas necessárias e importantes para dar vida e volume a minha pesquisa, haja vista que, os usuários e os trabalhadores da Unidade Mista já fazem parte de minha história de vida. Na Unidade, formamos agora um grupo unido em busca de resultados fortificados, agregadores de valores conceituais.

3.4- Caracterizações da Unidade Mista de Saúde de Barcarena

A Unidade Mista de Saúde de Barcarena foi inaugurada em 1973, sob a gestão do prefeito Hamilton Reis de Souza. Alguns anos antes, o prefeito Oscar da Silva (1971^a1972 mandato tampão), participou de maneira efetivada desapropriação das áreas que se encontravam em posse da família do “grileiro” Arlindo Góes e Liberato, retomando-as e cedendo-as para a construção de um hospital público em Barcarena.

O então engenheiro Fernando José de Leão Guilhon, Governador do Estado do Pará, efetivou a inauguração em 1973, para felicidade da população do município de Barcarena, ficando a UMSB sob a gerência da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará até o ano de 2001, quando, respaldado pela nova Constituição Federal do Brasil de 1988, e a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), de 19 de Setembro de 1990, direcionou a municipalização da Unidade Mista, mas, o processo só ocorreu neste ano de 2001. Nesse momento era ofertado à população, serviços como: os programas de hiperdia, os de pré-natal, a internação e outros.

Neste ano de 2013, ao completar 40 anos de existência, a UMSB mostra-se em seu corpo funcional de: 127 funcionários, sendo 27 funcionários de nível superior; 76 funcionários de nível médio e 24 funcionários de ensino fundamental. Esses profissionais são responsáveis pelo cuidado realizado na Unidade, que atualmente oferece ao público: atendimento odontológico, exames complementares de Raio X, USG, exames laboratoriais, curativos, vacinas, expedição do cartão do SUS, inalações, urgência e emergência e internação em clínica médica e pediatria.

É importante ressaltar que: a UMSB é a única Unidade de Saúde do município de Barcarena, servindo de referência até para outros municípios de entorno, por sua demanda de atendimento ambulatorial e pelas internações, tanto na clínica médica masculina, quanto na feminina. A procura pela Unidade é intensa, levando-se em conta que, a população de Barcarena encontra-se em torno de: 103 mil habitantes e os atendimentos extramunicipais, não estão computados neste trabalho.

Se for pensar em termos quantitativos quanto à disponibilidade de leitos para as internações, a UMSB só mantém disponíveis: 12 leitos para o setor masculino, 12 leitos para o setor feminino e um leito de isolamento. Todos eles estão disponíveis para receberem apenas os pacientes doentes adultos, portadores de diversas patologias. Os números nos revelam a deficiência de leitos em relação à demanda populacional. Estes leitos encontram-se distribuídos por cinco enfermarias, identificadas pelos nomes de funcionários que trabalharam na UMSB, dedicando-se ao cuidado em saúde, mas que não estão mais presentes nesta vida. Uma singela homenagem a eles.

A área de Internação da UMSB possui a estrutura física toda térrea. O setor de internação é dividido por um corredor não muito longo, onde estão concentradas as enfermarias, devidamente separadas pelas categorias de sexo. Concentrando-se dessa forma: as duas enfermarias masculinas de um lado, próximas à enfermaria de pediatria e da enfermaria do setor de isolamento, e do outro lado, as enfermarias femininas e o bloco cirúrgico, com o posto de enfermagem quase centralizado.

O cuidado em saúde na internação é realizado por equipe multiprofissional, com diferentes formas de organização do processo de trabalho, trabalhando em horários e turnos diferenciados, centralizando-se principalmente no período da manhã, quando as atividades costumam ser mais intensas.

Quanto ao profissional médico, o clínico geral, plantonista da urgência / emergência do dia, fica responsável por passar a visita nas enfermarias dos adultos. De igual forma, o responsável pela pediatria é o plantonista pediatra do dia. Essa prática a meu ver, não favorece muito o cuidado e o estabelecimento de vínculo, já que os usuários acabam por não ter uma única referência de acompanhamento, ficando em sistema de rodízio, de acordo com o plantonista do dia. Cabe a esse profissional a decisão de: permanecer ou de modificar o projeto terapêutico direcionado ao usuário, o que fica complicado já que não se tem o acompanhamento contínuo do usuário.

A equipe multiprofissional também é composta por: enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, assistente social, psicólogo, nutricionista, que trabalham e acompanham os usuários internados diariamente.

Quanto ao fluxo dos doentes, a internação tem como principal porta de entrada interna, a urgência e emergência da UMSB. Devido a ser a Unidade a única no município que realiza o cuidado de usuários adultos que demandam a internação, recebe também os pacientes encaminhados pelo Hospital Municipal-HMB, previamente avaliados pela equipe médica do HMB.

O outro hospital existente no município o HMB, funciona como maternidade, possuindo apenas alguns leitos para pediatria e nenhum para clínica médica, o que acaba por sobrecarregar o trabalho realizado pelos funcionários da UMSB.

Sobre o quantitativo de atendimentos realizados na internação e na urgência e emergência da UMSB, a tabela abaixo demonstra os atendimentos quantitativos referentes aos quatro primeiros meses do ano de 2013:

Tabela 1- Atendimentos realizados na Unidade Mista de Saúde:

Barcarena	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Internação (clínica médica e pediatria)	119	141	145	138
Urgência e Emergência	2863	2253	3899	4057

Esses números revelam um quantitativo considerável de atendimento ao mês, realizado por uma equipe composta por: um profissional de cada área-nível superior: um médico clínico geral na urgência e emergência; um pediatra; um psicólogo; um assistente social; um nutricionista; uma enfermeira na internação e um enfermeiro na urgência e emergência. O que acaba por sobrecarregar os profissionais, principalmente os que atuam na urgência e emergência.

3.5- Coleta dos dados

Utilizarei a tabela abaixo para demonstrar a quantidade de participantes que fizeram parte da pesquisa, e, há quanto tempo trabalham na UMSB. No caso dos usuários, para demonstrar a quanto tempo permaneceram internados. Darei nomes fictícios aos participantes, os quais utilizarei para referenciá-los na discussão dos resultados:

Tabela 2- Quantidade de Participantes:

Participante	Idade	Sexo	Tempo que trabalha na UMSB	Tempo que permaneceu internado
Enfermeira: Cláudia	38	Feminino	5 anos	
Assistente social: Pedro	44	Masculino	8 anos	

Nutricionista: Carmem	47	Feminino	4 anos	
Médico: João	53	Masculino	4 anos	
Médico: Antônio	39	Masculino	3 anos	
Técnica de enfermagem: Rosa	30	Feminino	7 anos	
Usuário: Valter	45	Masculino		33 dias
Usuário: Paula	32	Feminino		27
Usuário: Maria	36	Feminino		8 dias
Gestor: Andréia	31	Feminino	5 meses	

Os participantes foram selecionados de acordo com a função desempenhada, assim como o quantitativo de profissionais pertencentes à equipe multiprofissional da UMSB. Os dois médicos participantes foram selecionados por realizarem mais plantões durante a semana, o que facilitou o contato e a realização da entrevista. No caso da assistência social, da nutrição, da gestão e da enfermagem, devido a UMSB possuir apenas um profissional de cada área atuando na internação, no horário administrativo, os mesmos profissionais participaram do trabalho de pesquisa. Com relação à técnica de enfermagem e os usuários, diante do convite para participar da pesquisa, foram os que se sentiram mais a vontade para fazê-lo.

Por pertencer ao quadro funcional da Unidade Mista de Saúde, optei por não realizar a pesquisa no meu horário normal de trabalho, ou seja, realizei as entrevistas no

período da tarde, para que os participantes não confundissem a minha atuação como psicóloga, a minha atuação como a pesquisadora em questão. Outro fator que influenciou a escolha pelo período vespertino, foi à dinâmica peculiar da internação no período da manhã, momento em que ocorrem as visitas médicas, além das visitas dos familiares e os procedimentos de rotina (banhos, curativos e exames).

Importa destacar que, ao convidar a equipe de saúde para participar da pesquisa, embora nenhum profissional tenha se recusado claramente, foi observada certa resistência inicial na participação do estudo, pela categoria médica. Os indícios foram identificados pelos seguidos e recorrentes adiamentos e justificativas, que postergaram a realização da entrevista, obrigando a pesquisadora a disponibilizar-se em horários e dias específicos, de acordo com os dias de plantão dos médicos na Unidade Mista.

Todos os médicos que fazem parte do quadro funcional são contratados como plantonistas de 24horas, permanecendo na Unidade uma ou duas vezes durante a semana. Esta situação de resistência à pesquisa, não foi observada nos outros participantes, salvo uma técnica de enfermagem, que após ter sido convidada e esclarecida sobre a pesquisa, ter assinado o TCLE, e lido às perguntas da entrevista, preferiu não respondê-las, alegando não ter conhecimento, não sentir-se à vontade para continuar, o que foi respeitado.

CAPÍTULO 4

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

4.1. Formação Histórica

Os primeiros habitantes foram os índios Aruans, os mesmos que, durante o período da colônia, foram catequizados pelos padres jesuítas, elevando posteriormente,

o povoado à categoria de freguesia, sob a invocação de São Francisco Xavier de Barcarena, no ano de 1758, não havendo registros históricos mais exatos. O historiador Theodoro Braga refere que, antes de 1709, as terras hoje ocupadas pelo Município de Barcarena eram conhecidas pelo nome de Fazenda Gebirié e, mais tarde, como “Missão Geribirié”, de propriedade dos padres jesuítas, antes de converterem-se em Freguesia de São Francisco Xavier de Barcarena.

Sua elevação à categoria de vila aconteceu mediante a promulgação da Lei Estadual nº 494, de 10 de maio de 1897, ocorrendo sua instalação a 2 de janeiro de 1898, segundo estava determinado pelo Decreto nº 513, de 13 de dezembro de 1897. Sua história se acha bastante vinculada, até os primeiros trinta anos de século XX, aos acontecimentos político-administrativos e territoriais do Município de Belém. Os seus historiadores referem que o nome desse município se originou da presença, no assentamento populacional, de uma grande embarcação que havia sido batizada como “Arena”, e à qual os habitantes do lugar chamavam de barca.

A junção das duas palavras fez com que a localidade ficasse conhecida como Barcarena. No Decreto-Lei de nº 2.972, de 31 de março de 1938, a denominação oficial do lugar aparece como Barcarena, considerada simplesmente como distrito da jurisdição de Belém. Pelo Decreto-Lei Estadual nº 3.331, de 31 de outubro de 1938, Barcarena perdeu o território da área do Caeté, em favor do município de Mojú. Somente mediante a promulgação de Decreto-Lei Estadual nº 4.505, de 30 de dezembro de 1943, Barcarena foi reconhecida como Município do Estado do Pará, fixando seus limites e sua localização geográfica. Em 1956, foram reconhecidos como seus distritos Barcarena e Murucupi, com os quais configura seu território até hoje.

Barcarena é um município brasileiro localizado no Estado do Pará. É considerado o portão de entrada do Pólo Araguaia/Tocantins. O município tem seu limite ao norte pela baía de Guajará e município de Belém. É limitado em toda a sua porção oeste pela baía do Marajó, seu principal acidente hidrográfico. Ao sul tem seus limites pelos municípios de Mojú e Abaetetuba e ao leste pela baía de Guajará e município de Acará. É contemplado com diversas praias localizadas em frente à baía do Marajó, entre elas as do Caripi e de Vila do Conde. Por seu território passam diversos rios delimitando muitas ilhas, como a das Onças e do Carnapijó. Há, ainda, a ilha Trambioca, que comporta as praias do Cuipiranga, Guajarino e Sirituba, muito visitadas pelos veranistas.

Segundo o IBGE, a população do município de Barcarena está estimada em 103.385 mil habitantes (estimativa do ano 2011). Sendo desse total 27,30% maior a concentração de pessoas nas zonas rurais em relação à zona urbana. Outra informação interessante é que a população está concentrada em sua grande maioria na faixa etária que vai dos 29 aos 39, tendo uma concentração maior de mulheres que de homens

A cidade de Barcarena é um importante pólo industrial, onde é feita a industrialização, beneficiamento e exportação de caulim, alumina, alumínio e cabos para transmissão de energia elétrica. A economia tem base tradicional na agricultura, mas também avança com o turismo e com as indústrias instaladas na cidade, gerando crescimento econômico para o município e para o Estado do Pará. É em Barcarena que está localizado o maior porto do Estado do Pará: o Porto de Vila do Conde.

4.2 O Sistema Municipal de Saúde de Barcarena

O Município de Barcarena, conforme classificação feita pelo Ministério da Saúde encontra-se na Gestão Plena do Sistema, o que lhe confere plenos poderes para realizar todas as ações e serviços de saúde que a capacidade instalada lhe permite. A estrutura da Rede Pública Municipal de Saúde é constituída por:

Tabela 3- Serviços Oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Barcarena:

Quantidade	Descrição
2	Unidades Assistenciais: Hospital Municipal de Barcarena, Unidade Mista de Barcarena
9	Postos de Saúde: Posto de Saúde do Guajará da Serraria, Posto de Saúde do Bacuri, Posto de Saúde de N. Sra. da Piedade, Posto de Saúde do Cabresto, Posto de Saúde de Nova Vida, Posto de Saúde Arienga Rio, Posto de Saúde do Castanhalzinho, Posto de Saúde do Poção, Posto de Saúde Utinga-Açu
13	Unidades de Saúde da Família: USF Vila Nova (com Saúde Bucal), USF Castanhalzinho (com Saúde Bucal), USF São Francisco (com Saúde Bucal), USF Bethania, USF Bairro Novo, USF Vila do Conde, USF Laranjal, USF Cafezal, USF Arapari (Com Saúde Bucal), USF Santa Maria, USF Ilha Trambioca, USF Furo do Nazário, USF Itupanema
2	Centros de Saúde: Centro de Saúde do Bairro Novo, Centro de Saúde de Vila do Conde

1	Unidade de Atendimento Especializado
1	Centro de Testagem e Aconselhamento em DST ² /HIV/AIDS – CTA
1	Centro de Reabilitação e Fisioterapia – CRF
1	Centro de Atenção Psico-Social – CAPS II

O município de Barcarena possui na secretaria municipal de saúde um total de 1.131 servidores divididos da seguinte forma: 30 cargos comissionados responsáveis pela gestão das unidades, 930 servidores de nível médio e fundamental e 171 servidores de nível superior trabalhando diretamente na assistência.

CAPÍTULO 5

CONVERSANDO SOBRE OS RESULTADOS

A partir de agora conversaremos sobre as análises das entrevistas realizadas com os trabalhadores, os usuários e o gestor da Unidade Mista de Saúde de Barcarena, com base no referencial teórico apresentado anteriormente. Os capítulos aqui apresentados foram construídos pautados em eixos temáticos, divididos conforme a proximidade e a pertinência ao tema, ficando organizados desta forma: o primeiro eixo traz a compreensão sobre saúde e doença; o segundo eixo trata do cuidado humanizado em saúde.

Cada eixo foi construído pautado nos autores referenciados, associando à teoria apresentada, com o conteúdo que emergiu nas entrevistas. As entrevistas tiveram como direcionamento quatro perguntas, unidas por núcleos de sentidos para realizar a análise, o que deu origem aos eixos já mencionados. Sendo assim, agrupei as duas perguntas iniciais, que tratavam do entendimento sobre saúde e doença, devido a serem compreensões colocadas de uma forma interligada, onde uma necessita da outra para ser compreendida, e as duas últimas perguntas, tratam do olhar sobre a forma de cuidado realizado e sua ligação com um cuidado mais humanizado em saúde.

No decorrer do primeiro eixo, utilizei a transcrição das respostas das entrevistas, para realizar a análise à luz do referencial teórico proposto, no entanto, separei-as de acordo com o que pode ser observado na tabela abaixo. Baseada em Mendes (2007), apresento os principais núcleos de sentidos que emergiram nas falas dos participantes.

No segundo eixo analisei a compreensão dos sujeitos sobre a questão do cuidado humanizado em saúde. Utilizei a mesma lógica para analisar as transcrições dos trechos das entrevistas, sem perder o foco do referencial teórico, sempre dialogando sobre o que temos na teoria e o que a realidade nos apresenta sobre essas questões referenciadas nesta dissertação.

Tabela 4- Compreensão sobre saúde:

Núcleos de sentido	Núcleos das falas
Saúde	É o bem estar físico, psíquico, orgânico, a saúde é um equilíbrio de todos esses fatores

	Momento que o ser humano está em condições físicas e mentais
	Saúde é felicidade viver a vida
	Saúde é o momento estar bem consigo mesmo
	Pra mim saúde mais do que a questão de ausência de doença ela pode ser definida como qualidade de vida”
	Ter saúde é você conseguir desenvolver todas as suas atividades de forma saudável

Tabela 5- Compreensão sobre doença:

Núcleos de sentido	Núcleos das falas
Doença	É no momento estar incapaz de realizar qualquer tipo de atividade
	Pra mim a doença é uma globalização de vários fatores que afetam a tua saúde
	Doença para mim significa uma condição física ou mental em que o paciente se acha vulnerável e que ele busca uma terapia médica
	Está doente porque ta em baixa resistência
	É o desequilíbrio dos fatores físicos, psíquicos ou orgânicos, desequilíbrio de um ou de todos
	Então doença é relativo, na minha opinião pode ser patológico ou emocional,
	Você estar doente é você tem a falta de atenção, a falta de carinho a falta de introdução no meio social a falta de parceria, a falta de humanização

5.1-Sobre a compreensão do termo saúde e doença:

A doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida. (Canguilhem, (1943[2006]), p. 149)

O conceito de saúde tem mudado radicalmente nos últimos anos. Antigamente, saúde significava apenas a ausência de doença, mas logo se percebeu que não apresentar nenhuma doença física aparente, não significava ter saúde. Gradativamente, esse conceito foi se expandindo e incorporando as dimensões: física, emocional, mental, social e espiritual do ser humano. Hoje a definição de saúde presente na Lei Orgânica de Saúde (LOS), n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, procura ir além da apresentada pela OMS, ao se mostrar mais ampla, pela explicitação dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Esta lei regulamenta o Sistema Único de Saúde, e é complementada pela Lei n.º 8142, de dezembro de 1990.

O que consta na LOS é que: a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990, ART. 3)⁸.

A concepção ampliada de saúde e a compreensão de que, ações realizadas por outros setores têm efeito sobre a saúde individual e coletiva deram origem a outras perspectivas de promoção e cuidado à saúde. De fato, ao considerarmos o Sistema Único de Saúde - SUS foi possível verificar que: as ações voltadas para o diagnóstico e tratamento das doenças são apenas duas das suas atividades. Inclusão social, promoção de equidade ou de visibilidade e cidadania também são consideradas ações de saúde. O entendimento da saúde, como um dispositivo social relativamente autônomo em relação à idéia de doença, e as repercussões que este novo entendimento traz para a vida social e para as práticas cotidianas em geral, assim como para os serviços de saúde em particular, abre novas possibilidades na concepção do processo saúde e doença.

Nesse sentido, promover a saúde é atuar para mudar positivamente os elementos considerados determinantes da situação de saúde/doença. Essas definições mais flexíveis sejam sobre a saúde, sejam sobre a doença, consideram os múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como: fatores psicológicos, sociais e biológicos. Contudo, apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, não existem definições universais. Isto é, a presença ou ausência de doença é um problema

⁸ Acessada em maio de 2013 pelo link

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

pessoal e social. É pessoal, porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionada com a saúde física e mental da pessoa. É social, pois a doença de uma pessoa pode afetar outras pessoas significativas, que fazem parte das relações com a família, com os amigos, com os colegas etc.

Creio que saúde e doença não são conceitos definitivos, tampouco são opostos. São conceitos que dependem de onde você está, dos tempos, dos contextos e das tensões em que cada um está inserido. A saúde e a doença constituem experiências singulares de cada um e, portanto, fazem parte da dimensão subjetiva da existência. A dimensão subjetiva não é aquela que se opõe ou se diferencia da objetividade, mas é a dimensão dos afetos, dos desejos e de outras intencionalidades que promova uma maior qualidade de vida.

Às concepções trazidas pelos participantes em suas entrevistas refletem isso. Podem-se notar quando cada um, a sua maneira, coloca o entendimento sobre como é estar saudável ou estar doente, mesmo que as falas os aproximem em alguns pontos, em relação à interpretação desses conceitos. Cada uma das falas foi posta de maneira particular, contemplando-se a vivência e a construção profissional e pessoal dos participantes, o que pode ser constatado na fala do participante Antônio quando refere que:

Doença pra mim significa um estado completo, não só corpo, mas mente a doença em si não é só você ter uma patologia, mas pensamentos, o psicológico, o dia-a dia da vida, então pra mim a doença engloba tudo, o social, o relacionamento com uma pessoa, então dependendo disso você pode ter ou não uma doença, não só doença associada ao organismo, mas pra mim a doença é uma globalização de vários fatores que afetam a tua saúde, porque você muitas vezes pode não ter uma doença patológica, um tumor, um câncer, mas você pode ter um distúrbio psicológico porque não se relaciona bem com alguém, com um vizinho, com um colega de trabalho, e você vai estar doente, então a doença é toda essa globalização que vai afetar o organismo como um todo. Pra mim isso é a doença. Já ter saúde é a harmonia, é você procurar ter um equilíbrio, uma harmonia com todos os fatores que te cercam, tanto social como emocional, não adianta você falar que tá bem, que não toma remédios, nenhuma medicação, mas você não tem um bom relacionamento com as pessoas que você trabalha então você tem uma doença de qualquer forma. Então, a saúde para mim é o equilíbrio de todas essas funções, que vão levar você a viver bem a ter um bem estar.

A representação do conceito de saúde exige certo grau de abstração, que não parece relevante quando a questão se refere apenas à descrição de condições presentes, atuais. Está muito mais vinculada a uma concepção de vir a ser, de objetivos a serem alcançados, de um projeto de saúde, seja em uma perspectiva individual ou social. Já a idéia de doença é mais imediatista, sempre impondo ao mesmo tempo, certas competências operacionais e algum tipo de explicação.

Historicamente, ela é muito anterior à concepção de saúde, estando presente de diferentes formas, em todas as organizações sociais conhecidas. Remetendo à questão da identificação e da classificação da doença e dos doentes, a um saber técnico, que pressupõe divisão de trabalho e transferência de poder. Sobre esse poder as análises históricas de Michel Foucault (1979) são muito importantes, pois pontuam que, a organização da “atenção a saúde se efetuou a partir da tecnologia hospitalar e das relações de poder que investigam os corpos individuais e coletivos, o que muito contribuiu para problematizar as relações de saber-poder referentes ao campo da saúde. (FERLA, OLIVEIRA E LEMOS 2011).

Ferla, Oliveira e Lemos (2011, p.488), explicitam que: as características dos sistemas de atenção à saúde e particularmente, o das práticas médicas, estão ancoradas nas concepções predominantes do processo saúde-doença que, por sua vez, são atravessadas por práticas socioeconômicas, políticas e culturais: co-extensivas, discursivas e às de poder, que objetivam à saúde, constituindo seus modos de organização, administração e os critérios de avaliação das ações e dos serviços de saúde, bem como, analisando os modos de subjetivação, e, a clientela desses serviços.

No entanto, deve se ter clareza quanto às relações de saber- poder existentes no campo da saúde, estas que podem ser percebidos através do discurso médico hegemônico, discurso esse muito valorizado nos interiores, onde o médico é identificado como o “doutor”, que sabe tudo, que determina sozinho, o que é melhor para o usuário. Sabemos que essa visão provém de uma prática e de uma postura reducionista que é realidade no processo saúde-doença, quando são considerados apenas às questões do corpo, biológico, e que, infelizmente permeiam o imaginário de uma parte da população, sem muito acesso a informação e ao conhecimento, como é o caso da participante Maria, moradora da Ilha das Onças em Barcarena, ela que compreende a doença como:

Está doente porque ta em baixa resistência, porque não ta bem, baixa resistência é porque não está bem né, aí você vai no médico pra si curar, né. Ter saúde é muito importante, porque com saúde a gente encara tudo, né, sem saúde a gente não é ninguém, saúde é uma coisa boa.

A fala: “está doente porque ta em baixa resistência”, demonstra que o conceito que o sujeito tem, está direcionada ao corpo exclusivamente, e esse corpo é o que vai ter que ser cuidado pelo médico que possui o “poder” de curar o corpo enfermo, ou seja, o sujeito assimilou a idéia de que: a doença está apenas ligada ao funcionamento do

corpo, sem qualquer associação com outros aspectos da sua vida, nem com a construção da sua história pessoal, o que historicamente foi reforçado pela prática dos profissionais de saúde, hegemonzados pelo discurso médico, que investigava o corpo sem dar voz ao sujeito para expressar sua subjetividade.

Ressalta-se que: existe uma parcela considerável de pessoas que já conseguem entender que, a saúde e a doença estão atreladas à construção de cada sujeito, na sua forma de se perceber e perceber o mundo, passando a entender que a idéia de doença e de saúde encontra-se muito próxima do que cada um considera “sentir-se bem”. Isto varia de pessoa para pessoa e depende de cada cultura, do meio em que está inserido e do modo como sua relação com o mundo define seu modo de viver. O bem estar colocado pelo participante Antônio deixa claro isso, quando para ele, o sentir-se bem, não se concentra apenas no corpo, mas no equilíbrio dos fatores emocionais, físicos e relacionais que o constituem.

Conceitos como: equilíbrio, capacidade de realização e bem estar, certamente compõem o núcleo central do conceito de saúde, embora não sejam suficientes para delimitá-lo. De igual forma: doença, sofrimento, incapacidade e não atendimento de necessidades básicas são conceitos externos que, por contraste, permitem sua construção. Assim, o conceito de saúde tornou-se muito mais complexo, por estar relacionado com as várias dimensões que fazem parte do ser humano. Ter saúde é ter equilíbrio entre estas várias dimensões.

Entendo assim, que o conceito de saúde é um conceito dinâmico, já que, nos dias de hoje, é difícil conservar os mesmos níveis de saúde ao longo dos dias. A cada momento, em função do que estamos vivendo, das demandas que estamos enfrentando, a nossa saúde e o nosso bem estar está sendo afetado. Podemos sair de um ponto ótimo, onde tudo está muito bem, para um acontecimento que vai mudar toda a nossa rotina, levando a um nível de sofrimento psíquico, que nos fará experimentar a fadiga, o cansaço, a contrair uma baixa imunidade, tornando-nos suscetíveis ao acometimento de alguma doença.

Tudo isso nos leva a um novo desafio, de buscar mais uma vez o equilíbrio orgânico, mental, emocional e espiritual. A participante Rosa se refere à questão ao falar:

Acho que saúde é muito relativo, vai de cada paciente de cada ser humano, porque nem sempre a doença pode ser vista como uma patologia em si, mas às vezes a pessoa pode estar doente psicologicamente sem estar doente com um quadro clínico patológico, sem ter uma doença realmente, então doença é

relativo, em minha opinião pode ser **patológico ou emocional**, a doença não é só patológica. No primeiro momento estar **bem consigo mesmo**, você pode fazer exames e não ter nada, mas não estar saudável, mas não se aceitar, inventar, procurar problemas a onde não tem então ele não é saudável, é saudável a partir do momento que ele aceita o EU, saúde em si não é só você estar saudável e não ter nada, uma coisa leva a outra aqui no caso da doença, muita gente doente com casos clínicos avançados, em fases terminais, mas se sente bem, aceita a situação, muitas vezes quando não se tem nada pra fazer, tenta viver a vida da melhor forma possível, tenta viver saudavelmente, entre aspas, porque se aceita.

Canguilhem (1943[2006]) considera que, para a saúde, é necessário partir da dimensão do ser, pois é nele que ocorrem às definições do normal ou do patológico. O que é considerado normal em um indivíduo pode não ser em outro; não há rigidez no processo. Quando analiso as respostas dos trabalhadores, observo que o entendimento de saúde e doença, está implicado também com a escolha profissional. Cada categoria tem uma forma própria de utilizar o entendimento em saúde e doença nas suas práticas, observo que, mesmo pertencendo a um núcleo de cuidado ligado a saúde, cada profissional entrevistado (gestor, assistente social, médico, nutricionista, enfermeiro, técnico de enfermagem), referiu sua compreensão enraizada na sua prática e na construção teórica que a sua profissão lhe permitiu adquirir.

Importante lembrar que, o discurso acadêmico bem elaborado, absorvido no transcurso da graduação, muitas vezes não se desloca para entender o sentido do adoecimento para o doente. Mais do que pensar em sinais e sintomas é preciso compreender como o doente se sente. Vejamos abaixo a fala do participante João:

Doença é o desequilíbrio dos fatores físicos, psíquicos ou orgânicos, desequilíbrio de um ou de todos, e a saúde é o bem estar físico, psíquico, orgânico, a saúde é um equilíbrio de todos esses fatores, físico, psíquico e orgânico, tem que estar equilibrado pra você ter uma saúde, qualquer desequilíbrio não é saúde.

Este discurso, possivelmente, foi absorvido na formação acadêmica e está sendo reproduzido, mas, não parece saber detalhar como se dá esse “equilíbrio”. Pergunto-me: o que seria o equilíbrio buscado pelo usuário que está solicitando o cuidado? Somente questionar se o paciente tem algum adoecimento físico, ou um adoecimento mental, entendido como transtorno mental, a meu ver não é se apropriar do entendimento do que seria saúde e doença para um sujeito, creio que vai mais além, porque senão, a simples resposta, sim ou não, ao questionamento de se você tem algum problema físico ou mental, já bastaria para satisfazer o profissional na sua atuação e na sua dinâmica do

atendimento, e ele, chamaria imediatamente o próximo da fila, liberando o primeiro usuário, ciente de que sua tarefa como cuidador tinha sido muito bem executada.

Creio que, a direção a ser seguida deve estar relacionada com a construção de estratégias que levem em consideração à saúde das pessoas, pois esse é um assunto que se refere, primordialmente, a elas próprias. De igual forma, o papel dos profissionais deve aparecer como: aquele que contribui com os seus conhecimentos técnicos, para ajudar a construir a autonomia das pessoas, no processo de defesa da vida.

O discurso acadêmico mesmo bem elaborado, muitas vezes, não se desloca para entender o sentido do adoecimento para o doente. Mais do que pensar em sinais e sintomas deveria compreender como o doente sente-se.

Entendo que o processo de saúde-doença é um dos pontos centrais para os profissionais da saúde, que devem buscar promovê-la, cuidando para que as pessoas possam ter, tanto quanto possível, uma boa qualidade de vida, mesmo quando as limitações se estabelecem. Para essa relação especial entre o trabalhador e o usuário da saúde, é necessário o aprendizado do uso dos instrumentos e das tecnologias⁹, para a implementação do cuidado, o que já deveria fazer parte da formação desses profissionais.

Gomes (2011) dizem que: no transcorrer dos séculos XIX e XX, as práticas dos profissionais da saúde desenvolveram um caráter humanístico e humanitário problemático, pela multiplicação de profissões e especialidades, modos de organização e de financiamento, avanços tecnológicos duros, mercantilização e massificação.

Discutem-se três aspectos que influenciaram a constituição de uma relação profissional-paciente objetiva, positivista e mecanicista, tão criticada na atualidade. Primeiro, o paradigma cientificista enfatizou a racionalidade, o tecnicismo e a especialização, hipertrofiando-os; em seguida, a formação profissional, calcada em Biologia, Anatomia e Fisiologia, relativizou as ciências sociais e humanas e o saber artístico-cultural; e, por último, o impacto dos interesses econômicos, imposto pela lógica da razão capitalista, reduziu a relação terapêutica a preço, produtividade e valor de troca.

Gomes (2011) aprofundando seus pontos de vista referem que: a visão fragmentada acadêmica resultou no reducionismo biológico, mecânico e técnico, que baseia a organização das especialidades e dos hospitais na racionalidade derivada da

⁹Quando falo em tecnologias me reporto às tecnologias estabelecidas por Emersom Merhy, que são as tecnologias leves, leves-duras e duras.

lógica industrial técnico-burocrática e da individualização taylorista dos processos de trabalho. Embora apresente grandes vantagens técnicas, transforma o pensamento médico, de crítico-aplicado para instrumental-operativo. De um modo geral, emoções, crenças e valores, os contextos culturais, socioeconômicos e familiares doadores de determinantes e de significados, ligados à saúde, à doença e às formas de atendimento, receberam cada vez menos importância no trabalho assistencial. (GOMES, 2011, P.437)

Parto do princípio que, cada ser humano é único, que sua subjetividade, a história que cada um construiu ao longo de sua caminhada está diretamente relacionada com seu processo de adoecimento ou de conseguir manter-se saudável, diante das diversidades que a vida nos apresenta. Canguilhem (1943[2006]) fortalece essa posição quando enfatiza que estar doente, vulgarmente pode significar ser indesejável ou socialmente desvalorizado [...].

Para o autor, o que é desejável é uma vida, uma vida longa, a experimentação de sensações agradáveis, a capacidade de relacionar-se, a possibilidade de trocar vivências e afetos, a capacidade de reprodução, a capacidade de trabalho físico e mental, a força física e energética, a ausência de dor, um estado no qual o corpo possa sentir o mínimo de desconforto e de perceber a agradável sensação de “ser no mundo”. O participante Valter, um usuário internado há 33 dias, esperando sua melhora física para possivelmente ter seu membro inferior amputado, faz um discurso que parece coadunar com o dos autores citados:

Saúde é uma coisa muito boa, saúde é felicidade, você fica feliz, mais alegre junto a sua família, (paciente está internado a 33 dias, sem acompanhante, já que a família mora na zona rural de Barcarena, não tendo ninguém que pudesse dedicar-se exclusivamente a ele nesse processo de internação) é um momento bom que não tem nada de doença, é tipo uma liberdade que Deus deu pra gente e a doença é uma prisão. Quando penso em doença penso em desespero, agonia sufoco só coisas ruins, é uma palavra muito escrota muito feia, é um caso de necessidade, de dificuldade, a gente não tem pra onde ir, tem que se socorrer no hospital do município, a gente quando tem um extrazinho, não precisa tá correndo muito pro hospital, e quando a gente não tem é obrigado a ficar aqui né, aqui eu estou sendo bem tratado, em Belém eu fui mal tratado, os 5 hospitais que eu fui em Belém em 3 eu fui mal tratado, e com esse mal trato parece que eu fiquei mais doente, mais nervoso, eu me sinto mais doente, eu queria tá bom, fazendo os meus serviços, as coisas que eu amo muito, que é o esporte e trabalhar com crianças eu sempre trabalhei, a Albrás Alunorte me deram muito espaço muita oportunidade.

O relato demonstra que o processo de estar saudável ou adoecido, está atrelado às experiências pessoais, à dor, na ausência da autonomia para dar continuidade aos afazeres diários. Entendo com isso que, a saúde é silenciosa, geralmente não a

percebemos em sua plenitude; na maior parte das vezes apenas a identificamos quando adoecemos. É uma experiência de vida, vivenciada no âmago do corpo individual.

Observar a si próprio é uma boa estratégia para assegurar a saúde com qualidade, pois não existe um limite preciso entre a saúde e a doença, mas uma relação de reciprocidade entre ambas; entre a normalidade e a patologia, na qual os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, água, ar, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares e sociais) podem causar doenças. Essa relação é demarcada pela forma de vida dos seres humanos, pelos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Tal constatação me faz pensar que o processo saúde-doença-adoecimento ocorre de maneira desigual entre as pessoas, entre as comunidades, por estar ligada à cultura da sociedade da qual o sujeito faz parte.

Canguilhem (1943[2006]) refere que, o potencial normativo de determinado conjunto de normas só pode ser avaliado com referência a um indivíduo específico, tomando-se por base a sua história. Disto decorre uma imprecisão na determinação sobre o que é considerado normal ou patológico, quando a comparação é feita entre diversos indivíduos:

A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe. (CANGUILHEM,(1943[2006])).

Alguns sujeitos da pesquisa pontuam essa forma de compreender esses conceitos, seja quando ultrapassam a dimensão física do adoecimento, considerando sua subjetividade no processo, seja quando entendem que, além disso, ter saúde está implicado com a possibilidade de continuar a viver, a “andar a vida”¹⁰ se adaptando as novas normas que o momento atual lhe exige, as falas dos participantes Pedro e Claudia, retratam essa forma de pensar:

É um conceito teórico porque com o estado físico e mental é relativo falar na total saúde, o ser humano que tem a total saúde nunca foi encontrado na humanidade, que a pesar do que a gente fala da dimensão física tem a

10 Os “modos de andar a vida”, segundo Canguilhem, não são escolhas das pessoas, mas emergem do próprio modo como a vida se produz coletivamente. O modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive. Mas cada sujeito apresenta singularidades que se expressam no seu modo de andar a vida.

dimensão mental e se a gente sabe que todo ser humano consciente do mundo ciente da vida tem seus medos seus sofrimentos as vezes as depressões, as suas preocupações com a família e amigos, fica complicado eu falar em saúde total mental, mas a partir do momento que o ser humano esta em condições físicas e mentais para viver a vida enfrentar as dificuldades estabelecer metas, elevar-se sobre dificuldades, eu posso ter uma idéia parcial de que ele tenha saúde para fazer as coisas que ele quiser fazer, , então para mim é um conceito relativo, e que precisa ser trabalhado de acordo com o contexto e com a condição humana. Doença para mim significa uma condição física ou mental em que o paciente se acha vulnerável e que ele busca uma terapia médica, para que ele possa resolver essa não condição física ou mental que ele esteja passando, assim como terapias de outros profissionais relacionados à saúde que ele também esteja precisando.

Acrescentando mais informações sobre essa forma de entendimento a respeito de saúde e doença, a participante Claudia nos diz que:

Saúde é você realizar tudo que seja possível, saúde é justamente o oposto de estar doente, é você ter capacidade de realizar todos os teus projetos, de fazer planos, traçar metas, de ter um objetivo direcionado sem estar meio perdido, então ter uma direção certa, eu quero isso minha meta é essa, eu tenho uma meta até o final do ano, então para alcançar aquela meta eu preciso ter saúde, saúde psicológica, física, para poder realizar tudo isso com satisfação, é o equilíbrio de tudo. A doença pra mim é no momento estar incapaz de realizar qualquer tipo de atividade, pode ser a doença física e pode ser a doença psicológica, eu acho que ambas te impossibilitam de fazer certas coisas que quando você esta sã você pode realizar sem problema nenhum.

A saúde aqui é mais claramente compreendida, como a capacidade de cada um de enfrentar situações novas, de dar continuidade as suas atividades cotidianas. É a habilidade que cada um possui para enfrentar e superar as adversidades do meio e continuar seguindo seus projetos pessoais dando continuidade a sua maneira de “andar a vida”, o que reflete o pensamento de Canguilhem(1943[2006]), segundo o qual: a enfermidade constitui uma redução de margem de tolerância, com respeito às infidelidades do meio ambiente, onde a doença consiste em interromper um curso, em ser propriamente crítica, portanto, não se está enfermo só em relação a si mesmo, configurando-se a enfermidade não como uma dimensão da saúde, mas uma nova dimensão de vida.

Na teoria proposta por Canguilhem (1943[2006]), há uma noção de saúde-doença que se aproxima da concepção de saúde, como um campo de lutas, ele defende que a relação entre a saúde e o adoecimento é parte de uma dinâmica em que a doença não se reduz a uma simples localização em órgãos e sintomas, sustentando a questão de que, ao ser afetado pela doença, o homem como um todo e não parte dele, é que se desequilibra e se desorganiza, sendo pressionado pela natureza da própria vida a reagir e

se reorganizar até o seu reequilíbrio. Para ser normal tem que se levar em conta o conceito de equilíbrio e adaptabilidade, é necessário considerar o meio externo e o trabalho que o organismo ou suas partes devem efetuar. A vida enfatiza, Canguilhem (1943[2006]), é uma atividade normativa uma vez que é dependente das condições nas quais está inserida.

E essas condições falam muito alto no momento de definir o que realmente pode ser compreendido sobre saúde e doença. Observo na fala dos participantes, que distintos conceitos emergem nas respostas, pontuados de acordo com a construção subjetiva dos sujeitos, tendo uma essência comum, o sensível avanço no reconhecimento da interligação mente-corpo no processo de saúde-doença, porém, com pouca ênfase na influência de fatores e aspectos sociais do contexto. Deste modo, numa visão reducionista, restringindo a dimensão do saudável, novamente há uma questão que remete ao indivíduo, afirmando que, de acordo com suas concepções de saúde e doença, um mal-estar psicológico pode chegar a desencadear o desenvolvimento de algum problema de saúde mental ou vice-versa, prevalecendo assim, o binômio mente-corpo como prioritário.

Não posso deixar de explicitar que, essa forma de entender a saúde e a doença já reflete um grande passo, pois saímos do reducionismo biológico, onde prevalecia simplesmente a questão orgânica, quando se falava em ter saúde ou estar doente. Todos os participantes expressaram o entendimento de saúde e doença de maneira mais abrangente, onde não só o corpo pode ser desencadeador de sofrimento físico, mas o sofrimento emocional está conectado diretamente nesse adoecimento, sendo muitas vezes seu causador principal.

No entanto, entendo que esse olhar deve ser ampliado por todos os sujeitos que trabalham em saúde, seja quem está realizando o cuidado na linha de frente ou gerenciando a execução do cuidar em saúde. São olhares que quando conseguem visualizar o sujeito, considerando às varias dimensões nas quais ele se constrói, atingem e executam de forma mais significativa o ato de cuidar. Interessante pontuar que, dos participantes, apenas um colocou esse olhar ultrapassando a questão mente- corpo, o relato abaixo descreve o pensar da participante Andréia:

Pra mim saúde é uns dos direitos fundamentais do ser humano, muito mais do que a questão de ausência de doença ela pode ser definida como qualidade de vida, a nossa saúde depende muito de coisas como condições sociais, o meio q a gente vive, questões financeira isso também envolve saúde né, você acaba envolvendo a questão emocional, hoje a gente percebe muito que as pessoas

adoecem muito por questões de finanças, as questões ambientais, econômicas, Muita das vezes a nossa saúde ela depende muito das escolhas que nos fazemos as vezes nos fazemos certas escolhas que acabam implicando diretamente na saúde da gente, então essa é a visão o conceito que eu tenho de saúde. Já por doença entendo a questão emocional, estar doente não significa de fato você estar com uma doença, estar sendo diagnosticado com uma doença, hoje você estar doente é você ter a falta de atenção, a falta de carinho a falta de introdução no meio social a falta de parceria, a falta de humanização, o mundo vive em constante desenvolvimento e a gente ta vivenciando um mundo muito acelerado que as pessoas não valorizam muito os sentimentos eu acredito q acaba implicando de uma forma direta na questão saúde, saúde hoje eu acredito que não seja só um diagnóstico de doença.

Esta participante sugere que, a doença pode ser reconhecida para além do ponto de vista biológico, psicológico que também fazem parte destas dimensões, o social, econômico, ambiental, que a própria situação financeira influencia diretamente na saúde ou no adoecer dos sujeitos, acarretando muitas vezes no impedimento dos indivíduos de viverem em condições dignas e terem acesso ao cuidado e ao tratamento de sua saúde. Podemos entender que, como mente e corpo estão interligados, saúde e desenvolvimento estão inter-relacionados, em ritmos descompassados na maior parte do tempo. Isto traz consequências sérias às condições sociais e econômicas da população, se reflete no modo de vida dos indivíduos e interfere na produção de saúde e vice-versa.

Assim sendo, a doença e o sofrimento são fenômenos sociais que refletem relações plurais, vividos em um dado contexto e momento histórico, acredito que este entendimento deva fazer parte de todo e qualquer indivíduo que escolha atuar profissionalmente em saúde, bem como dos sujeitos que usufruem dos serviços de saúde, porque assim, possivelmente tornar-se-ia mais simples trabalhar com o cuidado e incentivar o auto-cuidado, a autonomia no cuidar de si, já que um conhecimento prévio já existiria, facilitando a compreensão e o engajamento desses atores.

Essa forma de olhar mais ampliada, sobre a saúde e doença, se faz extremamente necessária aqui no município de Barcarena, principalmente pelas características da população, pois temos a grande maioria dos usuários da saúde morando na zona rural ou nas ilhas sendo conhecidos como “ribeirinhos”.

Os moradores da zona rural vivem em localidades caracterizadas por “sítios”¹¹ localizados na maioria das vezes no decorrer das “estradas”*, tendo o transporte público como meio de locomoção e de acesso aos centros, aos postos de saúde ou a própria UMSB, no entanto esse transporte só acontece uma única vez no dia, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde, fazendo com que, na grande maioria das vezes o usuário postergue o processo de busca do cuidado em saúde, acabando por agravar sua situação. Já os ribeirinhos por habitarem nas ilhas que contornam Barcarena, algumas bem próximas, e, outras bem distantes e de difícil acesso, o transporte é o barquinho, que geralmente cada família possui o seu, ou usa o do vizinho quando se torna necessário vir para a cidade.

Esses usuários tornam-se beneficiários da atuação dos profissionais que desenvolvem o entendimento de saúde e de adoecimento, como algo que transcende o corpo e a mente, mas que está implicado com o social, ambiental e financeiro também, pois assim, em uma única viagem, (contemplando a realidade geográfica e de transporte) eles aproveitam para ganhar tempo, tentando resolver o máximo de coisas possíveis, em relação a atendimentos, encaminhamentos, referências, marcação de consulta, e todos os direcionamentos para a rede de cuidado que o município disponibiliza, não necessariamente só dentro da Secretaria de Saúde.

No momento em que o profissional entende que aquele usuário precisa prioritariamente dos serviços da secretaria de assistência social, ou da secretaria de educação e não somente dos serviços da secretaria de saúde, ele pode fazer a rede com a equipe multiprofissional e direcionar para a resolução mais adequada à situação que o usuário está apresentando, além é claro de fomentar, ensinar, estimular o autocuidado, que se apresenta como essencial para dar continuidade ao que se iniciou nos atendimentos de saúde realizados na cidade.

O artigo 198 da Constituição Brasileira¹² (1988, p. 81), complementado pela Lei 8080, enfatiza o atendimento integral, indicando outro aspecto central para o trânsito do

¹¹ Toda e qualquer extensão de terra, não muito grande, mais onde eles geralmente plantam frutas e hortaliças. Fazem essa diferença da cidade, onde se tem pouco espaço físico na área externa da casa.

* rodovias de ligação entre bairros distantes, (alguns bairros como o do Conde, são separados por grande extensão de terra sem habitações, nem fábricas ou qualquer tipo de comunicação), ou ligando municípios como Abaetetuba e Belém,

¹² Acessada em 28 de maio de 2013 pelo link http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

direito real à saúde. A afirmação do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, que traduz a radicalidade da proposta face ao modelo de atenção à saúde, implantado até então no Brasil, baseado de modo inequívoco, na medicina curativa e na atenção à doença.

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível, que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes da saúde, e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material (Pinheiro e Matos, 2001).

Para Barros e Gomes (2011), a vida é exatamente a possibilidade de mudança, de autoridade, de autocriação, neste confronto incessante. A história de um ser é a história de suas articulações com o meio, e, é isso que determina seu modo de ser no mundo e o próprio mundo. A vida seria então essa relação arriscada com o que nos circunda, e a saúde deveria ser entendida não como uma subordinação passiva ao meio, mas, como empreendedora, como modelo para se atuar nele, construindo-o.

A saúde seria um estar dinâmico na vida, sempre singular, um estado que não corresponde a ausência de doença. Ao contrário, nessa perspectiva, relaciona-se com a capacidade de enfrentar a doença e de expandir as condições de vida, processo que se dá mediante a interação, quando o homem e o meio se transformam simultaneamente, num processo de coengendramento.

Entendo assim, que a saúde é produzida no próprio viver, seria o resultado de um processo de construção de si no mundo, como referem Barros e Gomes (2011), “é estar na vida com o outro, construída na alteridade. Alteridade como experiência da existência do outro, não como objeto, mas como outro sujeito, co-presente no mundo das relações intersubjetivas”. A concepção de saúde tem que levar em consideração a variabilidade inerente ao ser humano, tem que levar em consideração a diversidade dos humanos. (BARROS E GOMES (2011, P.644).

A crescente complexidade do processo saúde-doença e a necessidade de um olhar abrangente dos fenômenos humanos e de uma atenção mais complexa e sensível exigem integrar: a técnica, a Filosofia, a Ética, a Política e as disciplinas sociais nas ações do cuidado em saúde. Trata-se de compreender a dinâmica da relação do par social, acrescida da tecnociência, como indissociáveis na produção da saúde, por

interdeterminação e interdependência, permutando os grandes poderes de cada um entre os dois elementos da relação.

A conversa em relação à compreensão sobre saúde e doença, partindo do olhar que cada participante apresenta, juntamente com o diálogo estabelecido com os autores referenciados sobre o assunto, suscita em mim ainda o questionamento: a forma de pensar sobre a produção de saúde ou de doença tem favorecido o cuidado em saúde? Ou melhor, como tem se efetivado as práticas de cuidado em saúde? Sendo assim, implicada com esses questionamentos, inicio no segundo eixo um diálogo sobre o cuidado e a Humanização em saúde.

CAPÍTULO 6

HÁ POSSIBILIDADE DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO ESTUDADO?

Ao trazer para discussão no segundo eixo, a questão do cuidado humanizado em saúde, usei como parâmetro, a proximidade das respostas dos participantes, observando as referências das perguntas: Como você percebe os cuidados produzidos no local onde você atua? E no local onde você está internado? Você conseguiria fazer uma ligação entre a prática do cuidado realizada por você e a prática recebida e processos mais humanizados no âmbito das ações de saúde?

A interpretação do material coletado seguiu os preceitos da análise de conteúdo, diante deste conteúdo, tornou-se interessante abordar a temática de uma forma única, em que, a indissociabilidade é clara, pois ao falar sobre o cuidado estamos pontuando seu destaque no campo da saúde, e trabalhando com a demanda da população e de profissionais para que este cuidado ocorra de forma humanizada.

Neste momento, vários questionamentos emergem em relação ao conteúdo posto nas respostas, todas ligadas à necessidade do cuidado em saúde. Este cuidado deve ser realizado de uma maneira, na qual a clientela que o receba, perceba-o como de qualidade, assim sendo, me direciono a questionar como têm se efetivado às práticas de cuidado em saúde, em especial na Unidade Mista de Saúde de Barcarena, município do interior da Amazônia Brasileira.

É nesta condição de análise e questionamento, com vistas a contribuir para que se pense às práticas de cuidado em saúde, em regiões interioranas do Estado, que a pesquisa, trabalhada no município de Barcarena, busca trazer ao debate, a presente reflexão sobre o “cuidado”. Trata-se de compreender as práticas de saúde, sob o olhar de profissionais e de usuários, que enfrentam as diversidades, características de municípios que geograficamente são mais distantes dos grandes centros, o que por si só já apresentam dificuldades de acesso, de investimento, de insumos tecnológicos, que agregados às tecnologias relacionais, podem disponibilizar o cuidado que se deseja, ou seja, um cuidado ampliado, integral, humanizado e resolutivo.

Na leitura das respostas dos participantes, me deparei com a tendência das mesmas a atribuir ao cuidado em saúde, o sentido já consagrado pelo senso comum, sobre o que se entende por cuidado: um conjunto de procedimentos tecnicamente

orientados para o bom êxito de certo tratamento. O cuidado em muitas respostas, ainda é percebido através da disponibilidade do uso de medicamentos e exames, ficando claro que: as tecnologias que prevalecem no imaginário dos participantes são as tecnologias duras, como significativas de um cuidado de qualidade.

Como enfatizei anteriormente, não há como prescindir do aparato técnico construído ao longo do tempo. Por outro lado, essa trajetória do cuidar, baseada exclusivamente nas tecnologias duras e leve-duras, como os protocolos, por exemplo, tem referência na história dos hospitais. Inicialmente a atenção à saúde era feita de forma caritativo-assistencial.

A partir do século XIX, com a explosão do conhecimento e da técnica, com o aprimoramento crescente dos meios de diagnóstico e tratamento, houve uma inversão no papel dos hospitais, temos então um divisor de águas, ou seja, duas situações extremistas, **antes** o Hospital atendia humanitariamente bem, mas não podia pleitear a cura, por não dispor dos conhecimentos técnicos necessários; *depois, mesmo com* a aquisição e o culto aos novos conhecimentos de promoção à cura foi preterido um atendimento mais humanitário.

No **Século XIX**, então, ao se abordar de forma técnica e cientificamente a doença, confortar e consolar passaram a ser coisas do passado. Contudo, não é nem no sentido de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, nem naquele dos procedimentos auxiliares, que os processos de saúde podem efetivar a aplicação de uma terapêutica que ressalte o sentido da Humanização.

O diálogo que pretendo traçar neste capítulo direciona-se a pensar a forma como o cuidado é percebido pelos profissionais e usuários e a associação desse cuidado com a assistência à saúde humanizada, partindo do olhar que os participantes trouxeram em seus relatos. Essa discussão torna-se mais interessante, porque hoje no século XXI, já possuímos muita tecnologia e conhecimento, sobre a necessidade de produzir um cuidado integral, educativo, estimulando a autonomia do sujeito para que este se aproprie do cuidar de si. No entanto, observa-se que, a forma como cada sujeito apreende o cuidado em saúde, mostra-se incompleta ao analisarmos a fala individual, no entanto se juntarmos todas as falas, conseguimos ver um caminho promissor referente ao cuidado.

6.1- Como o cuidado está acontecendo?

"Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo, pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: "Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil". fábula do Escravo Higino

Início esse capítulo pensando o mito do cuidado, com o objetivo de trabalhar a reflexão simbólica de sua origem. Utilizo a teoria de Costa (2009), para concretizar esse objetivo. O autor analisando a fábula, em especial o que aborda a função do cuidado, coloca que: o cuidado possuirá o homem “enquanto viver”, enquanto houver vida o homem pertencerá ao cuidado, a cada hora, minuto, instante. Com isso se quer dizer que: não há distinção entre o cuidado e vida humana. Ambos entrelaçam-se, confundem-se numa só unidade. O homem, vivendo, cuida; cuidando, vive.

O homem deseja manter-se vivo, preservando a sua vida. Por isso mesmo, sua vida se caracteriza pelo cuidado que toma para não perder-se dela. Não há distinção entre um e outro. Pois, para o homem, o seu desejo permanece com aquele que o possui enquanto viver. Só o possui na qualidade do cuidado, porque o homem cuida de não morrer, isto é, empenha-se por aquilo que evita sua morte, luta por aquilo que mantém o seu interesse mais radical. Nesse confronto, sua arma primordial é o cuidado. Por isso o mito diz que: o homem pertence ao cuidado enquanto viver, mas tão somente enquanto viver. O cuidado é uma presença contínua e irremissível da vida humana. (COSTA, 2009, P.31).

O cuidado é parte integral da vida humana: nenhum tipo de vida subsiste sem cuidado. Envolvendo um processo eminentemente criativo, dinâmico e interativo,

reflete interesse e solidariedade, característica estas que são pulsantes no trabalho em saúde. É necessário pensar, sob a luz do cuidado proposto pelo mito do cuidado, que ele está diretamente atrelado à vida, ao viver, ao sujeito pleno, considerando-o em todas as suas demandas: físicas, sociais, ambientais, relacionais e existenciais, para que se possa fidedignamente cuidar.

Com isto, entendo o cuidado como transcendendo o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde, embora represente a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem nesse campo. Essa apreensão de cuidado se articula intimamente à noção de integralidade. A integralidade constitui um dos pilares filosóficos da proposta do SUS no Brasil, impõe um olhar ampliado sobre o homem, à saúde e o cuidado, traduzida na necessidade de múltiplos olhares sobre o indivíduo.

Contudo, sabe-se que, a necessidade de múltiplos olhares sobre o indivíduo, tão requerida, enfrenta algumas dificuldades para sua concretude, já que, na história da ciência médica, há três aspectos que contribuíram para constituir uma relação objetiva e positiva entre o cuidador e o ser cuidado: o paradigma biomédico, a formação tecnicista e o determinismo econômico. Deste modo, emoções, crenças, valores, ambiente sócio econômico e familiar, determinantes e significativos do processo saúde-doença foram menos valorizados no encontro clínico.

Mudanças nos processos e nas práticas de saúde exigem vários projetos de enfrentamento e solução. Transformar a conduta atual, em cuidado interativo requer o estabelecimento de uma relação participativa, praticada na perspectiva da integralidade, que centra o cuidado no ser humano, em sua complexidade histórica, insere a subjetividade, compreende as diferenças, incorpora os princípios éticos, valoriza a comunicação dialogada e promove a autonomia. Além da tecnologia de equipamentos, é imprescindível considerar este encontro entre pessoas e imaginários, de forma ampla e intersubjetiva, favorecendo a expressão criativa e autônoma dos sujeitos.

Contudo, sabe-se que ainda permeia na realidade a compreensão do cuidado direcionado ao corpo biológico, a utilização de tecnologias entendidas no uso de medicações, solicitações de exames, rotinas hospitalares, como narra, concretamente a participante Maria, usuária dos serviços de saúde oferecidos na internação UMSB explica sua visão sobre o cuidado:

Cuidaram bem, foram fazendo exames, descobriram o que ela tinha se ela não ficou boa, não é culpa do hospital, o tratamento dela foi ótimo. Foi de qualidade, foi bem tratada, teve uma boa medicação, foi ótimo (a participante está referindo-se ao tratamento da mãe de 89 anos, que

permaneceu internada por quatro dias, indo a óbito em função de complicações do quadro apresentado – CA).

Este relato confirma que em função do desenvolvimento tecnológico na medicina, alguns aspectos mais sublimes do paciente, tais como: suas emoções, suas crenças e seus valores, ficaram em segundo ou terceiro planos. A doença, entretanto, objeto do saber cientificamente reconhecido, passou a monopolizar a atenção do ato médico e, por conseguinte a compreensão de uma parcela da população, que recebe essa atenção direcionada apenas no adoecimento físico.

E deve ter sido com esse enfoque eminentemente técnico, que a medicina se desumanizou que o cuidado em saúde, particularmente nos hospitais, reduziu-se à realização de um processo de trabalho de procedimento centrada¹³ e não de usuário centrado, aquele que possui mais potencialidade para estabelecer relações acolhedoras, para produzir vínculos, apostando mais em tecnologias relacionais para a assistência ao usuário.

Esse olhar não se cristaliza apenas nas lentes dos usuários. Rosa, uma profissional de saúde que, creio, teve a oportunidade de estudar e apreender mais sobre o cuidado integral em saúde expõe o seu pensamento sobre o cuidado da seguinte forma:

A gente faz o que pode, é verdade a gente faz o que pode, a gente tem uma unidade básica, não era nem pra ser uma unidade mista, a gente tem uma unidade básica, a gente se esforça, a diretora atual já tenta fazer até mais do que pode, manda comprar medicação quando não tem, eu já vi , sou testemunha, eu vejo isso como muito humano da parte dela, paciente que não têm condições financeiras ela doa, ela manda comprar, não sei se isso já é uma política do hospital de agora, mas eu acho isso muito interessante, a nossa unidade não deveria ser mista, deveria ser básica, a gente não pode fazer muita coisa, mas a gente faz o que pode, fazemos as medicações que o SUS nos fornece, leitos, hoje a área de esterilização de higienização já é até mais propícia para o local, antes a gente via muita irregularidade hoje já não se vê tanto, hoje o paciente sai, a gente já faz a troca imediata do lençol, o que parece pouco é muito, para evitar a contaminação, antes o paciente entrava e ficava uma semana com o mesmo lençol, hoje já não acontece mais, é trocado o lençol diariamente, o que parece pouco acaba sendo muito, medicações , atendemos o melhor que a gente pode.

Minha inquietação se exacerba com esse relato, pois não vejo nenhum direcionamento ao cuidado que tanto se busca, ou seja, integral, amplo, considerando a subjetividade do sujeito, enfim, um cuidado em saúde humanizado. O que percebo é

13 Expressão utilizada pelo médico sanitarista Emerson Merhy para referenciar quando os atos de saúde são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de Problema de saúde, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado que seria a satisfação de uma necessidade / direito do usuário. (MERHY, 2003).

toda a dinâmica funcional da internação de um hospital, onde a rotina da realização dos procedimentos se faz necessária, mas são simplesmente procedimentos tais como: o de disponibilizar a medicação (cuidado do corpo físico), a troca do lençol (cuidados com a higiene), a esterilização de material (cuidado com a infecção hospitalar), tudo direcionado ao corpo, cadê o sujeito? Onde está a subjetividade do usuário que está doente? Quem é essa pessoa que está recebendo atendimento? Será que o profissional saberia responder? Se ele permanecer com esse olhar reducionista, provavelmente, não.

Parece ter sido deixado de lado o sofrimento global da pessoa, o físico, o existencial, o emocional, e quando o profissional entende que isso deve ser considerado, ainda o coloca em segundo plano, como se fosse algo sem relevância. O relato do participante Antonio deixa claro esse modo de pensar:

A minha visão é de que a equipe é boa, nós temos o cuidado, não só o médico, mas principalmente os técnicos, enfermeiros. vejo que eles têm um cuidado excelente em relação aos pacientes aos acompanhantes, tem um ciclo realmente que se complete, desde o atendimento até o acompanhamento de um paciente internado, eu vejo que funciona aqui, lógico que não é cem por cento, tem algum momento que falha, mas em geral ele é muito bom, eu digo isso porque, por exemplo, o acompanhamento da pessoa lá dentro (internação), a atenção que é dada ao paciente, na questão da medicação no horário, até da alimentação mesmo, eu vejo que o paciente é bem atendido nessa parte alimentar, eles tem cuidado em fazer as refeições no horário, eu acho muito bom isso, muito legal, porque isso ajuda na recuperação das pessoas, porque não é só internar, jogar o paciente lá na internação, tá entendendo, é a parte da doença física, que seria nosso principal objetivo aqui, mas o secular é importante par mim também, a pessoa chegar aqui dizer que tem uma doença e você pedir um ultrassom é muito fácil, mas saber o que essa pessoa esta passando La fora, eu acho que se tivesse um complemento aï, uma assistência toda seria mais fácil de tratar e prevenir a doença o acompanhamento psicológico o atendimento do assistente social que vai lá conversar, é o técnico que ta lá verificando a pressão a temperatura, procurando saber se o paciente melhorou ou não, então isso eu acho muito bom na internação.

O relato pontua o cuidado centrado na medicação, no procedimento, na alimentação, para recuperação do corpo biológico que adoeceu e precisa ser curado, e quando uma luz no fim do túnel aparece no relato do participante, colocando que as questões sociais e psicológicas também devem ser cuidadas, aparece como “secular”, segundo plano mesmo, ficando para o adoecimento físico a atenção primordial. Observo essa mesma linha de entendimento, no relato do participante João que quando pergunto sobre a compreensão dele a respeito do cuidado produzido em seu local de trabalho, ele coloca da seguinte forma:

A qualidade dos cuidados a gente avalia principalmente pela mortalidade, numa visão bem prática da coisa, quanto maior a mortalidade, algo de errado está sendo feito ou profissionalmente ou institucionalmente, aí você tem uma avaliação do que você está fazendo.

Interessante a forma que o participante coloca: “*numa visão bem prática da coisa*”, estamos falando agora da morte, do corpo que não respondeu ao tratamento, da medicação, da tecnologia utilizada, o cuidado realizado apenas ganha credibilidade se o paciente “sobrevive”. À morte desse corpo físico neste relato é vista como derrota, perda, incompetência, poderíamos questionar: e o processo realizado no decorrer do adoecimento? O trabalho desempenhado pela equipe, os investimentos emocionais, e relacionais que os trabalhadores colocaram no cuidado desse paciente que morreu? Será que nada disso deve ser levado em consideração?

Quando busco a literatura para entender a essas questões encontro em Franco e Merhy (2005), uma explicação referente ao discurso anterior, fazendo-me entender que, quando o profissional que está realizando o cuidado transmite através de sua prática, sua postura e condução do cuidado para o usuário que recebe o cuidado, de que o relevante, o primordial é a questão do corpo, do adoecimento físico, ele direcionará o cuidado, a uma conduta centrada em procedimentos, em solicitações de exames e em medicações.

O usuário passa a formar uma imagem que coloca no procedimento toda a expectativa de ser cuidado e protegido, quando na realidade, este é um recurso limitado, pois ele é apenas uma parte de um complexo processo produtivo da saúde e sua eficácia é dependente das muitas ações, que são desenvolvidas em uma dada “linha de cuidado”, que se processam no interior dos serviços de saúde e esta linha é determinada por processos sociais, técnicos e de subjetivação, sobretudo a capacidade em estabelecer relações intercessoras, que diz respeito ao encontro de pessoas, trabalhadores de saúde e usuários, para que juntos possam produzir algo em comum, isto é, são sujeitos de um mesmo processo do cuidado (FRANCO EMERHY, 2005. P. 67).

Ainda dialogando com os autores, os mesmos acrescentam em relação ao cuidado, que este ocorre no decorrer do dia-a-dia laboral dos trabalhadores, em contato com os usuários, quando estão realizando o cuidado em saúde, pois:

Como na sua singularidade eles produzem o cuidado no cotidiano, partindo do pressuposto de que há esta produção subjetiva do cuidado em saúde no âmbito do processo de trabalho, e ao mesmo tempo produção de si mesmos como sujeitos do trabalho. Isto se dá, na medida em que interagem com os usuários e o problema de saúde, através do seu processo produtivo. (FRANCO E MERHY, 2005, P. 56)

Assim sendo, podemos entender o quanto é importante ouvir, acolher, fazer o usuário participar do processo de cuidado, isso não é simples, mas tem que acontecer, pois dessa forma o trabalhador conseguirá trazer o usuário para participar do processo de cuidado e a melhor forma é dialogando, e, perguntando o que ele precisa, ou do que ele acha que precisa, pode até não ser o que o profissional na prática deveria fazer, mas, só assim conseguirá fazer com que ele construa junto o projeto terapêutico a ser realizado no momento da internação, podendo assim extrapolar a barreira do hospital, alcançando o dia-a-dia dos usuários, ou seja, estimulando a autonomia em direção do cuidar de si. Creio que isso é um grande desafio para o SUS.

O participante Valter mostra em sua fala, a relevância de ser acolhido, ouvido, a importância de perceber o sujeito adoecido como um ser humano com expectativas, desejos, e toda a subjetividade, que está ali e necessita ser valorizado para ser diferenciado:

Eu não to querendo puxar saco de ninguém, mas aqui eu to sento muito bem tratado, até pela dificuldade que eu tenho os pessoal me agasalharam, parece uma porta que abriu de uma hora para a outra, eu tava na sarjeta e da sarjeta eu vim pra um local muito bom, porque as pessoas me tratam bem, são pessoas que se dedicam a sua profissão, tem gente que não se dedica, que bota uma farda e acha que é o dono do mundo, mas não é assim não, todo mundo precisa. O cuidado pra mim é muito bom, eu me sinto como se tivesse encontrado uma luz, o pessoal aqui me trata bem, conversam comigo, me deixa feliz, se eu preciso de uma coisa eles estão pra atender, tem lugar que não é assim, eu já fui muito humilhado por médicos, dizendo que eu não tava doente que eu tava viciado na medicação, aqui é bom o tratamento o carinho a paciência que o pessoal tem, é saber usar uma farda, aqui todo mundo é amigo é carinho, tem pessoas que ainda precisam aprender muito, e só aprende depois que dá uma topada.

A participante Paula, em seu relato, também aponta a importância do acolhimento realizado pela equipe, quando fala:

Acho que depende muito, acho que depende de pessoa para pessoa, tem pessoas que tem aquele cuidado e outras que não tem tanto cuidado, no meu caso eu tive todo um amparo, me acalmaram no momento de desespero e eu não tenho que me queixar, a equipe se preocupou em tentar resolver essa situação do meu filho, eu vi que houve uma preocupação e eu tô vendo isso da parte dos médicos que avaliaram, ele chegaram comigo e falaram olha não tem condições e eu vi que eles estavam certos, não fui contra eles eu vi que eles queriam o melhor para o meu filho, toda a equipe, tanto o pessoal de apoio como os outros, fomos bem tratados. Estão tendo o maior cuidado com ele, preocupação, e eu achei que teve um avanço muito grande, e eu encontrei na saúde pública o que eu não encontrei na saúde particular, então pra mim aqui foi uma segunda casa, foi aqui q eu vi ele teve um avanço, que em casa e no processo de ir ao médico ele não tava tendo (mãe do paciente de 7 anos,

que ficou internado por 28 dias na busca de diagnóstico e posteriormente esperando leito para Belém, através da central de leitos).

Aqui percebemos a necessidade do trabalho em equipe, pois todos contribuem no cuidado, desde os profissionais da linha de frente (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais nutricionistas), como a equipe de apoio (serviços gerais, cozinheiras, agentes administração), ninguém pode ser excluído da dinâmica do cuidado, pois todos possuem seu valor e importância.

Franco (2003, p.4) refere que, eventualmente, um ou outro profissional pode imaginariamente pensar que o seu saber-fazer se sobrepõe aos dos outros trabalhadores da saúde. Cultura esta construída pela tradição das corporações e sua forma amesquinhada de ver o mundo da produção da saúde. Mas essas impressões ilusórias sobre o trabalho em saúde, não resistem a um pequeno exercício de observação no espaço da micropolítica, onde é fácil verificar que ali se processa uma rede de relações, auto-referenciada nos próprios trabalhadores, que chega a movimentos que se repetem no dia-a-dia dos serviços de saúde.

Dessa rede não estão excluídos nem mesmo os trabalhadores das áreas de apoio como, por exemplo, da higienização, onde todos sem exceção são dependentes do trabalho que é executado, com o fim de manter uma Unidade de Saúde em condições de biossegurança adequadas, além de estarem diariamente entrando e saindo das enfermarias realizando seus trabalhos e interagindo com os pacientes, com os quais os pacientes criam vínculos.

O relato da participante Paula deixa claro a necessidade de se sentir acolhida, valorizada, diferenciada do outro para ser cuidado de acordo com suas necessidades e para isso tem que ser percebida como um sujeito único, individual.

Mostrei nos relatos de Paula e Valter acima, a visão dos usuários sobre a necessidade deles em relação ao acolhimento, mas também tive a alegria de observar no relato do profissional, a clareza sobre a importância e o reconhecimento desta prática, para a oferta de um cuidado em saúde que seja significativo para quem o recebe como podemos verificar no relato abaixo da participante Andreia:

Os quatro meses que eu estou a frente da unidade mista eu vejo um cuidado muito especial, a gente tá mantendo o princípio da equidade que é o que o SUS oferece hoje, a gente sabe que tem que alavancar muito mais, mais os profissionais que eu tenho hoje dentro da unidade mista estão me proporcionando uma satisfação muito grande, porque essas pessoas vem até a gente com o objetivo de adquirir um resultado, hoje a gente observa, diante da universalidade do SUS, que a unidade tá proporcionando, tá conseguindo dá essa resposta, dá esse retorno aos usuários que vem. A proposta de se trabalhar a política da humanização do sistema, isso faz com que as pessoas saiam daqui satisfeitas, por mais que elas tenham um diagnóstico insatisfeito,

elas saem daqui com uma resposta que as deixa mais esperançosas, então eu to muito satisfeita com o resultado e com a equipe, a gente ta conseguindo proporcionar esse atendimento humanizado para as pessoas, a gente ta conseguindo acolher essas pessoas, a gente ta conseguindo da uma resposta que elas esperam então a gente fica muito satisfeito em saber que esta contribuindo, para tratar a saúde, da uma resolutividade ao problema. O que a gente observa é assim, a gente sabe que não está 100%, mas tem 3 eixos aqui que eu estou observando, aqui dentro, a questão da resolutividade relacionada a fechar o diagnóstico, falando-se de procedimentos, fazendo os exames necessários, os encaminhamentos necessários, que quando o paciente é referenciado ele passa aqui pela gente e nós fazemos essa rede, então eles saem daqui totalmente referenciados para não enfrentarem uma fila lá fora, já saem com as consultas agendadas , a gente sabe que não atingiu 100%, mas estamos trabalhando pra isso, nossa meta é essa, a satisfação na questão do ambiente, hoje a gente observa uma grande satisfação dos nossos clientes, quando eles adentram a unidade mista, eles se sentem satisfeitos na questão do acolhimento, na questão do ambiente físico hoje, eles estão se sentindo muito bem acolhidos.

Franco e Magalhães (2003) referem que: fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica de saúde, sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido, revela certo modo de operar o trabalho em saúde, que não se observa a solidariedade no serviço e na responsabilização ao cuidar do usuário. A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental, e ao conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

Este relato nos traz além da questão do acolhimento, a relevância de dar resolutividade aos casos atendidos, seja no decorrer do cuidado, quando internado, ou referenciando de acordo com a necessidade apresentada pelo usuário, mas para se chegar a isso tem que se partir de uma postura básica simples, escutar o que o sujeito traz cuidar desse usuário dando valor ao que ele fala na sua história, na sua demanda e se possível, desenvolver a habilidade da alteridade, colocando-se no lugar do outro, isso realmente facilita o cuidado em saúde.

A visão de cuidado caminhando na direção da empatia, onde o profissional ao colocar-se no lugar do usuário, consegue acolher e fazer com que o usuário se sinta realmente acolhido, não é fácil, mas é possível. A participante Rosa mostra essa visão:

Atender bem seria se colocar no lugar do outro, atender como você gostaria de ser atendido, de ser observado, eu tento fazer isso, eu tento me imaginar naquela situação, às vezes eu nem me coloco como paciente, mas sim como acompanhante, eu sempre penso ali se fosse o meu pai se fosse a minha mãe, se fosse a minha filha, não se fosse eu, acho que por ai vai, te tenta colocar no lugar do acompanhante do paciente, porque o paciente está sendo tratado, fazendo a medicação, tem que parar com isso de ser mecânico fez a

medicação e a evolução, isso não existe, hoje o trabalho na unidade mista é mais humano, porque a gente tem quatro técnicos, tu tens como dar uma atenção maior pro paciente de que quando era apenas dois, imagina ficar com 15 leitos só pra ti, você não faz nada, acaba perdendo certa produção, você não vê o paciente como um todo, tu faz uma coisa mecânica, verificando apenas se já fez a medicação, já verifiquei PA, mas não tá dando a atenção queo paciente precisa e muitas vezes o acompanhante, porque o paciente já tá doente, mas o acompanhante acaba ficando, ele tá cansado de tá aqui, tá cansado de ver o pai sofrer, a mãe sofre o filho sofrer, atenção tem que ser a priori para o paciente, mas não pode esquecer do acompanhante, eu tento sempre me colocar no lugar do dois, tanto do paciente, quanto do acompanhante, eu fico imaginando se fosse eu ali naquele lugar.

A postura e o comprometimento profissional pautados na empatia e na alteridade sejam frente ao paciente, ou frente aos familiares, ajudam significativamente no cuidado, pois trazem como base o acolhimento, dessa forma, poderemos vislumbrar numa internação empática a facilidade de conhecer melhor a experiência, pelo ponto de vista do paciente, *“sua historia cultural, interpretações, sentidos e significados, das doenças que influenciam os comportamentos de cuidar-se, e fatores que interferem na relação cuidador e o ser cuidado”* (GOMES, 2011,P.442)

A postura profissional da participante Rosa mostra uma lógica de cuidado, diferenciada do discurso dos profissionais anteriores, pois caminha em uma direção, onde o sujeito começa a ter uma linha de cuidado abrangente, e isso engrandece muito a dinâmica do cuidado desempenhada na saúde.

Boff (2005) nos explica que: esse modo-de-ser no trabalho da maioria dos profissionais precisa ser equilibrado, atendendo-se a uma nova ética do cuidado humano, que pode ser definida como: “ uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro, de responsabilização preocupação e de inquietação”. Isso acontece porque, a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro, permitindo a instalação de uma relação sujeito-sujeito, não de domínio sobre, mas de convivência, pois cuidar das pessoas implica intimidade, no trato de: senti-las, aconchegá-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso.

Boff agrega ainda sobre o cuidado que:

Isso significa: conceder direito de cidadania fundamental á nossa capacidade de sentir o outro; ter compaixão com todos os seres que sofrem obedecer mais a lógica do coração, da cordialidade e da gentileza, do que a lógica da conquista e do uso utilitário de coisas. Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder, que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa impor limites a obsessão pela eficácia a qualquer custo. Significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado. (BOFF, 2005, P.7).

Então estamos falando de uma linha de cuidado onde se leva em conta, o outro em toda a sua extensão, onde os profissionais trabalham voltados às filigranas do sujeito e não exclusivamente ao procedimento. Sabemos que, os insumos tecnológicos são necessários e bem vindos, devendo fazer parte do cuidado e não ser entendidos como único recurso. Barros e Gomes (2011) nos dizem que: o cuidado não corresponde a mais um procedimento técnico específico, não há fórmulas que ensinem a cuidar, “*esse termo cuidaré, uma referência ética, que deve atrair em si todas as práticas em saúde e que deve ser construída por: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e os demais profissionais da área*”. (Barros e Gomes, 2011,p.652).Essa forma de atuar pode ser visualizada no relato abaixo feito pela participante Carmem:

Eu acho que são uns cuidados bons, porque a gente tem uma equipe multiprofissional, que faz a visita ao paciente todos os dias, o psicólogo, enfermagem, nutrição, a questão do médico, eu acho assim, que é um trabalho completo, porque você tá cuidando do corpo, da mente e das questões sociais, que são importantes.

A participante Claudia acrescenta seu ponto de vista sobre o cuidado, considerando à equipe, e não somente à medicação, expondo o seu pensamento da seguinte maneira:

Eu acho que vai desde a hora de fazer a medicação, que a gente tem que ir lá com o paciente, às vezes, o paciente não tá doente fisicamente, mas psicologicamente, ele internou não por uma doença física, mas às vezes ele adquiriu aquela doença física por causa da doença psicológica. Os cuidados realizados pela minha equipe, por exemplo, a minha psicóloga me ajuda nesses cuidados, meu assistente social, o meu nutricionista, a minha equipe de enfermagem, na verdade todo mundo tem um cuidado direcionado para o paciente de acordo com a doença dele, tem que saber distinguir a doença de cada um, para poder orientar cada profissional, não dá para colocar o profissional lá, e aí o cara tá doente (paciente), então a gente vai tratar todo mundo igual e não é bem assim, tem a questão do idoso, a questão do menor, que a gente tem que ver de forma separada, um separado do outro para poder realizar o cuidado.

Os relatos das participantes me fazem pensar nas tecnologias trazidas por Emersom Mehry, quando colocam como idéias: que além das tecnologias duras inscritas nos exames, nos medicamentos e nos procedimentos, as tecnologias leves e relacionais devem ser executadas pelos atores principais que são os profissionais agindo sobre os usuários. Dessa forma, permite-se conhecer, escutar, e valorizar a subjetividade dos usuários, levando em consideração suas diferenciações, fazendo com que o trabalho vivo se apresente no decorrer da assistência, esta que se encontra pautada no trabalho

morto, lugar comum para a lógica instrumental-dura centrada nos insumos, nos atos prescritivos, que não deixa transparecer as necessidades dos sujeitos.

Observando o trabalho em saúde, vejo como acontecem os encontros entre: os trabalhadores da saúde e os usuários. Observo-os como fluxos permanentes entre sujeitos, como: fluxos operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, e subjetivos, tecendo uma intrincada rede de relações, a partir da qual, os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo.

A imanência das redes nesse processo traz a idéia de pertencimento, ou seja, de que todos os que trabalham, operam e necessitam do cuidado, também pertencem a uma rede maior de fluxos-conectivos, com outras equipes e com outras unidades de saúde. Dessa forma, essas conexões se expandem: para o território da área da unidade alcançando à equipe e chegando até o domicílio do usuário, ou seja, ultrapassando os limites.

Ao observar o funcionamento das redes de cuidado do SUS, verifico que, entre as diversas unidades, sejam as da equipe Saúde da Família, ou nas unidades básicas, nos serviços de especialidades, na rede hospitalar, ou no atendimento pré-hospitalar, existe uma rede de comunicação mútua. O mesmo se repete na Unidade de Saúde, quando as micro-unidades de produção se interrelacionam para produzirem os procedimentos que são consumidos pelos usuários que transitam nesse estabelecimento, buscando resolutividade para os seus problemas. Neste aspecto deve-se referenciar que, as equipes e/ ou trabalhadores de saúde, quando em atividade, processam também uma rede de relações entre si, de grande relevância para a produção do cuidado.

Barros e Gomes (2011) colocam que, nas relações de cuidado estão sempre presentes, uma negociação entre as prescrições da atenção e as normas dos sujeitos singulares, que são a todo tempo redefinidas. O debate sobre um cuidado humanizado considerado como, uma reinvenção de uma nova humanidade, como tarefa inconclusa, só é possível com o trabalho constante de produção de outros modos de vida, de novas práticas de saúde, de outros modos de cuidar, indissociáveis dos modos de gestão nos serviços de saúde, daí a busca por uma atuação em rede, que garanta a assistência ampliada.

Entendo que, a forma de produção do cuidado sempre em rede, onde todos se tornam dependentes, pode efetivamente oferecer uma assistência em saúde, pautada no cuidado humanizado. Creio que, na atuação do profissional de saúde deva ser fomentado cada vez mais, à questão do trabalho em rede, com a assistência em rede

para a atenção e o cuidado, visando a ampliação do poder de agir dos diferentes sujeitos, trabalhadores do campo da saúde, valorizando-se o trabalho e o trabalhador, protagonistas da autonomia co-responsável, ou seja, de um cuidado humanizado em saúde, que tenha como base de sustentação: o usuário, o trabalhador e o gestor, valorizados nesse processo de produzir o cuidado em saúde.

6.2- Humanização no cuidado em saúde

A necessidade de se falar de Humanização no atendimento em saúde surge quando se constata que, a evolução técnica e científica dos serviços de saúde, não têm sido acompanhadas por um avanço correspondente na qualidade do cuidado humano. Parece que, em muitos ambientes hospitalares, o diagnóstico e os procedimentos de tratamento, somados à autoridade médica e a de alguns profissionais da área de saúde dispensam, ou adiam as iniciativas, que melhorariam o contato interpessoal, o conforto e qualidade de vida dos usuários.

Humanizar o atendimento, não é apenas chamar o usuário pelo nome, nem ter constantemente um sorriso nos lábios, mas, além disso, é compreender os medos, as angústias e as incertezas, é dar o apoio e a atenção permanentes ao paciente. Humanizar também é, além do atendimento fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos, e valorizar, no sentido antropológico e emocional, todos os elementos implicados na assistência. Na realidade, a Humanização do atendimento, seja em saúde ou não, deve contar com o respeito afetivo ao outro se prestigiando a busca pela melhoria de vida, entre as pessoas de um modo geral.

Além disso, como vem sendo destacado neste trabalho, para humanizar é preciso ter afetividade e sensibilidade, como os dois elementos indissociáveis ao ato de cuidar, mas, também, buscar continuamente o conhecimento, para melhorar a assistência prestada ao paciente. Percebe-se que, apesar da Humanização ter sido um tema de conhecimento dos participantes, ela não é devidamente trabalhada, e, o grupo de participantes ao abordá-la destacou como empecilhos à aplicação: a burocratização e o excesso de tarefas. Dessa forma, a Humanização no atendimento deixa de ser realizada por muitos profissionais, prejudicando o cuidar, haja vista a importância da aplicação do atendimento humanizado, como estratégia para se construir e se fortalecer o vínculo entre o profissional e o usuário, permitindo ampliar a resolutividade dos problemas de saúde. O participante João retrata essa realidade ao explicar:

Acho que, a realidade que eu vivo, eu acho que não tem como fazer comparação com outro trabalho que tenha condições de ser chamado de humanizado, porque o trabalho humanizado, ele é humanizado não só para o paciente, mas para o profissional que desenvolve a questão, sem sobrecarga de trabalho. Como ontem que eu fiz 230 atendimentos em 24hrs, isso é sobre humano não tem como um funcionário ser humanizado sendo escravizado, Desse jeito, com uma sobrecarga enorme, porque normalmente o local que se diz humanizado é todo padrão, são dois, três médicos realizando o atendimento, tem enfermeiro, tem o psicólogo 24hrs, tem o assistente social 24hrs, as condições de trabalho são adequadas, medicação adequada, os recursos diagnósticos também são adequados, aí você pode falar em humanização, porque se não tiver tudo ok, não tem como ser humanizado, tem que ser humanizado também para o profissional, senão, não vai ter humanização nunca. Como você vai humanizar, se a gente já tá a vinte anos de atraso, vinte anos a gente tem tecnologias que nos grandes centros já tem dez anos e em Belém agora que tá chegando, imagina em Barcarena, então fica difícil falar em humanização desse jeito, você tem que agir de acordo com o teu bom senso, de acordo com a situação, porque se você for muito humano você apanha, se for desumano você morre, então tem que ter sempre um contraponto nessa história, não pode ser nem 8 nem 800, e normalmente você tem que ter muito jogo de cintura para lidar com essa situação, porque senão você acaba se perdendo, e qualquer coisa te cortam o pescoço, não só o usuário, mas a situação toda, a parte legal, a parte administrativa, não quer saber se você está com os remédios adequados, os exames adequados, se tem como transferir esse paciente, quer dizer, trabalhar no interior é muito difícil você humanizar, acho que primeiro você tem que estruturar, para depois você pensar em humanização, se não tu vais ser que nem cachorro correndo atrás do rabo, nunca vai resolver. Algumas coisas eu já consegui pra cá, o certo seria ter mais um pediatra e mais um clínico para adequar a necessidade realmente dentro dos padrões da medicina, porque por enquanto é muito difícil, então eu acho que a humanização tem que esperar um pouco. A política de humanização tá tudo direcionado ao paciente, a maioria das políticas do ministério para o atendimento você vê relacionado a isso, as propagandas, tudo, você não vê falar em funcionário em epis em acompanhamento psicológico dos funcionários, até mesmo a questão salarial, o que é dado é só para o paciente, como se o foco principal fosse só isso e não é, você tem que trabalhar a base, para você chegar ao ápice, se você não trabalhar com a situação do funcionário que dá o tratamento, você não vai conseguir, como é que uma pessoa ganhando um salário miserável de R\$ 60 reais por plantão de 24 horas, que chega no plantão sem gás, sem comida, com filho doente, sem dinheiro para comprar remédio, vai fazer humanização, isso é um grande erro, uma política totalmente errada, eles querem pular do chão para o vigésimo andar, isso não existe, acho que tem que ser tudo revisto, desde a implantação do SUS, tá tudo uma merda, uma cagada, e a gente que fica na linha de frente levando porrada de tudo quanto é jeito, se realmente você for fazer algo em relação a isso, tem que avaliar a base, porque o usuário é uma consequência do trabalho que você faz na base, sem isso você não consegue, a base passa exatamente por isso, o estrutural, o institucional, para você poder sentar e dizer assim: vamos tentar humanizar nossos serviços.

O participante João ressalta que: não dá pra escutar, dialogar, valorizar, se o profissional trabalha com uma demanda de mais de duzentos atendimentos, em um plantão de vinte e quatro horas, mostrando a realidade de um município de mais de cem mil habitantes, e de uma Unidade de Saúde com um número reduzido de profissionais e de leitos, para dar conta da atenção à saúde nesse município. O participante expõe a necessidade de um cuidado humanizado na saúde, porém, ao apontar as condições em

que seu trabalho acontece verifica que, o atendimento humanizado ainda não deve ser implementado naquela Unidade.

Na visão do participante João, a utilização da Humanização nas Unidades de Saúde vai requerer do profissional, muito mais que a simples atenção. Requer também, um tempo maior para dialogar com o usuário, para se inteirar da vida do usuário dentro e fora da Unidade (a história de vida). Na visão do participante, não tem condições de acontecer o resgate de uma história de vida, durante o tempo da consulta. Então pergunto: como se fará à atenção à saúde dentro da realidade que é apresentada sob a forma de uma demanda imensa e de poucos profissionais para atuação?

Ainda na visão do participante, para que o trabalho rotineiro aconteça há que se abrir mão da tecnologia humanizada, para aperfeiçoar o tempo e conseguir atender mais pessoas. Logo, a Humanização nos termos propostos pelos teóricos e tão exigida como forma exemplar ao ato de cuidar vai ser descartada. Para o participante, a Humanização é necessária, mas: “fica difícil fazer atendimento humanizado sem uma boa estrutura”. O ponto fundamental para reflexão é: como trabalhar a Humanização quando as condições de trabalho não favorecem?

Quando a instituição de saúde, não oferece condições estruturais satisfatórias para seus profissionais há o risco do atendimento não se processar satisfatoriamente, envolvendo-se todo o sistema, visto ser este o gerenciador do atendimento, aquele que nutre a instituição em suas necessidades básicas: administrativas, físicas e humanas. *A instituição por sua vez deve oferecer condições de trabalho adequadas aos profissionais de saúde.*

O grau de ansiedade, de frustração e de descontentamento do profissional de saúde tende a repercutir em seu trabalho. Há instituições de atendimento consideradas humanizadas, porém, algumas vezes essa Humanização diz respeito, exclusivamente, às melhorias da estrutura física dos prédios que fazem o atendimento à saúde. Evidentemente que a estrutura física dos imóveis é bastante relevante, mas a Humanização da instituição perpassa além dessa revitalização de prédios.

Um atendimento humanizado pressupõe a união de um comportamento ético com conhecimento técnico, quando há a oferta de cuidados dirigidos às necessidades dos pacientes. Quando alguém procura pelos serviços de saúde e pela medicina diagnóstica está procurando identificar um problema que o aflige, ou então, buscando prevenir-se de males futuros. Ao todo, são situações muitas vezes delicadas e sensíveis,

que esperam por um atendimento, onde o sorriso, a cordialidade, o olhar nos olhos serão fundamentais para garantir uma satisfação e uma experiência positiva do usuário.

Como já foi enfatizado no transcurso deste trabalho, a Humanização no atendimento permite o estabelecimento de uma relação de confiança, entre os usuários e os profissionais da saúde, mas, também, esta relação de confiança se expande entre os colegas, entre os profissionais, entre os gestores, e, entre todos aqueles que compartilham do cuidado na rede de saúde, onde o dispositivo da Humanização já é uma realidade.

A Humanização na saúde pode ser visualizada como: a confiança construída nas pequenas ações do dia-a-dia, e que se baseia, no respeito, na transparência, na comunicação por duas vias (falar e escutar), no senso de justiça, no trabalho em equipe, na colaboração. Portanto, a visibilidade da Humanização mostra-se quando todos passam a se sentir responsáveis pelo ambiente de trabalho, contribuindo para o sucesso do atendimento.

Este sucesso está implicado com o diálogo e com a troca de informações que ocorrem no cotidiano do cuidado, essas trocas permitem aos profissionais conhecer a história de vida do usuário, conhecendo-se como se deu o seu adoecimento; como ele realiza o cuidar de si; e como se pode orientar o cuidado. A relação intersubjetiva, que é o espaço das práticas na Humanização, não se limita ao contato entre as subjetividades isoladas, mas se estabelece como relação simbólica entre sujeitos historicamente situados, visto que, essa é a relação humana, o ser humano não existe fora desta intersubjetividade. O participante Antônio expõe seu ponto de vista sobre o trabalho com a Humanização nestes termos:

Eu entendo a humanização assim, é você ver a pessoa como um todo, não é só realizar a consulta é saber o que a pessoa realmente tá precisando, é só saúde, ou tem um acompanhamento psicológico, porque não é só vir aqui e receber o atendimento médico, às vezes a pessoa chega a casa e não tem nem o que comer então humanização pra mim é ver essa pessoa como um todo e não só como um doente, mas ver a parte social dessa pessoa, assistência mesmo, não adianta passar o remédio, que a pessoa vai continuar doente, então humanização pra mim é ver o cliente por todos os lados, tentar abordar por todos os lados, psicológico, social, Na minha prática, quando a pessoa chega aqui eu sempre oriento, você tem procurar ajuda, tem que ir à secretaria de saúde, tem que fazer uma consulta especializada, clinica você tem que fazer outros procedimentos, acompanhamentos, então eu oriento, eu procuro nessa parte de humanizar orientar a pessoa, se você não orientar a pessoa fica perdida, ai ela não tem incentivo pra fazer mais nada, então eu acho que me enquadro nesse ponto de orientar a pessoa e na internação você tem mais contato com o paciente, tem a família, ai eles começam a detalhar o problema do paciente, o que ajuda no diagnóstico

O participante Antônio expõe uma visão de quem já utiliza o dispositivo da Humanização, quando mostra a sua tomada de posição. A meu ver, toda posição humanizada é também ética, desde quando acontece o contato com o outro, condição para que se estabeleça toda a subjetividade. É preciso enfatizar que o diálogo é imprescindível e não pode ser reduzido à fala ou à conversação, pois ele é uma atitude para com o outro e pressupõe encontro. O reconhecimento do plano dialógico como espaço de humanização das práticas, não se refere apenas ao resgate de demandas subjetivas, afetivas, no plano das singularidades. Refere-se, ainda, à construção de novos horizontes para as práticas avaliativas em saúde, a partir do reconhecimento das demandas subjetivas adormecidas pela distância e alienação.

Percebi no relato do participante, que ele, além de procurar estabelecer um diálogo acessível e significativo com o usuário, também trabalhou a autonomia, utilizando a interação como forma de geração de vínculos afetivos, o respeito pelos usuários e a inclusão, elementos que devem ser considerados no cuidado consigo mesmo e com o outro. O participante Pedro explica a sua visão sobre a Humanização:

Eu sou assistente social, trabalho no setor psicossocial que está começando a se organizar nessa nova gestão de 2013 a 2016, e eu vejo que no meu processo de trabalho, a humanização se dá principalmente com o usuário da saúde, começando a fazer um processo de se perceber nesse universo da saúde, da doença, no universo das responsabilidades pessoais dele, na proatividade, eu procuro fortalecer a proatividade dele, para que ele se interesse cada vez mais pela sua saúde, porque os demais profissionais, eles tem métodos, eles tem objetivos próprios e no trabalho do serviço social, dentro dessa estrutura do setor psicossocial, eu percebo que eu preciso aparelhar e empoderar o cidadão que está adoentado, que ele tome consciência do quadro dele e que pelas práticas diárias, individuais, mentais e espirituais dele, ele busque cada vez mais a saúde, então é um processo de troca de valores, de fortalecimento de valores pessoais, que eu preciso fazer com esse usuário e com essa família, aqui dentro da unidade mista, que eu esteja acompanhando na internação essa ou esse usuário da saúde.

Nessa questão da autonomia do sujeito como proposta para que ele possa cuidar de si é necessário investir, tanto no decorrer da sua internação, como fora do ambiente hospitalar, para que ele possa dar continuidade em seu dia-a-dia. Figueiredo (2009) diz que é importante para o usuário, que ele se torne um participante ativo no seu processo de cuidar, mesmo que lhe faltem conhecimentos especializados. O autor pontua que o doente não deve se converter em seu próprio médico, mas, que algo da sua doença e da “sua” medicina espera-se que ele conheça, para evitar que venha adoecer de novo ou mesmo, para poder tratar-se melhor.

É preciso que haja uma introjeção criativa das funções cuidadoras e isso também não se apreende, nem por receita, nem por imitação. É claro que, a imitação de bons modelos de cuidados pode ajudar, bem como ajuda uma compreensão mais teórica do que está envolvido nas práticas de cuidado. No entanto, para que a introjeção seja criativa, é necessário que ela se enraíze nas capacidades do sujeito ativadas pelo outro, pelo agente cuidador. (FIGUEIREDO, 2009. P. 13)

O autor me leva a pensar que: o desafio constante do cuidado humanizado em saúde está na fomentação de estratégias que contribuam para a construção da autonomia dos sujeitos, que fazem parte do cuidado. Agregado a isto, ainda podemos pensar na construção e na sustentação do diálogo, para a inclusão dos sujeitos. Barros e Filho (2012) possuem a compreensão de que, a política de Humanização é feita como ação transversal, em meio às diferentes políticas de gestão e de produção de cuidado. Colocam que é vital procurar produzir coletivamente, assim como dar uma especial atenção aos modos como cuidamos e ao que pretendemos cuidar e, que tipo de vida potencializamos ao cuidar.

Sendo assim, acredito que é de meu interesse, trabalhar buscando modificar as práticas de cuidado existentes, que não estejam respeitando os direitos dos trabalhadores e dos usuários, e, nem favorecendo a melhora dos mesmos, pois, o cuidado humanizado, que respeita a autonomia do usuário, que visa o diálogo e a alteridade, só favorece a quem necessita do cuidado. Assim, favorecem-se quem cuida e quem recebe o cuidado. Acredito que, para se conseguir esse favorecimento o primeiro passo é estar comprometido com o cuidado em saúde e acreditar nessa possibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho trilhado por meio deste estudo me possibilitou compreender o quanto é dinâmica e desafiadora a construção de um cuidado em saúde, que seja humanizado e integral, que inclua o sujeito e o estimule a ter autonomia no cuidar de si. Torna-se ainda mais desafiador quando essa questão é vislumbrada para acontecer em um município no interior do Estado do Pará. A cidade de Barcarena, como outros municípios do Estado do Pará, não pode ser equiparada aos grandes centros urbanos, no que se refere à aquisição de bens voltados para sua população carente.

Portanto, quando essa aquisição de bens se refere à rede de saúde, a distância para os grandes centros urbanos torna-se ainda maior. Não há como compará-los a não ser pela demanda de usuários que procura insistentemente por cuidados na Rede Pública de Saúde deste município. Pode-se muito bem enumerar a deficiência dos serviços oferecidos à população, citando-se como exemplos, o número de profissionais que atuam na área de atenção e no cuidado em saúde, e, os aspectos de infraestrutura e de tecnologia.

No entanto, a pressão pela qualidade dos serviços de saúde oferecidos é intensa, independente da localidade, o que aumenta a busca por dispositivos, por soluções que rompam com o modelo excludente, do médico centrado, onde o poder biomédico tem grande força. Observo que essa não é uma tarefa fácil, mas que é possível.

De acordo com os resultados obtidos através de minha pesquisa, com a fala dos entrevistados, pude perceber a importância e a necessidade de se ampliar o quantitativo de profissionais da saúde, para trabalharem na assistência de saúde em Barcarena. Isso favoreceria a população em relação à oferta de um cuidado integral, pois, elevando-se o quantitativo de profissionais, entende-se que os mesmos teriam mais tempo para dedicar-se ao usuário e ao seu processo de adoecimento.

Não se deve perder de vista, o modelo de atuação atual, dos profissionais em saúde, que atuam na UMSB e que utilizam como defesa para o pouco tempo que possuem para o atendimento aos usuários, o fato da grande demanda de usuários, para um número reduzido de profissionais atuantes na Unidade. Então, diante desta realidade percebo a importância de se pensar e de se efetivar, o processo de regionalização e de interiorização de profissionais qualificados, pois, sei que não há como produzir cuidado

em saúde, centrando-se na Humanização, sem que haja um bom número de profissionais competentes, habilitados, comprometidos com o que fazem, e ainda sendo valorizados ao realizar o trabalho.

Percebo que, os trabalhadores em saúde da UMSB buscam a qualidade na assistência, e a oferecem através do seu trabalho, mas, as dificuldades que emergem mostram-se maiores quanto ao quantitativo de profissionais, sempre inferior às necessidades da população, o que acaba por sobrecarregar esses atores. As dificuldades também se apresentam na deficiência de infraestrutura da rede de saúde, que não funciona de forma adequada, assim como, a rede de gestão dos serviços. Pedro, um dos profissionais que participou da pesquisa, e que trabalha a oito anos na UMSB, refere essas problemáticas da seguinte forma:

Quando observo os profissionais nas suas diferentes peculiaridades e objetivos, os técnicos em saúde, enfermeiros, médicos, eu percebo que o meu local de trabalho busca atingir um nível de qualidade, esse nível de qualidade é relativo, porque existem dificuldades a nível administrativo, institucionais, dificuldades em relação aos recursos humanos que precisam ser constantemente trabalhados, focalizados, enfrentados, para que essas terapias de saúde dentro da Unidade Mista possam cada vez mais atingir qualidade e cada vez mais ser efetiva.

Percebemos que mesmo diante das dificuldades e limitações da UMSB, os profissionais realizam suas atividades buscando um cuidado integral, oferecendo resolutividade, para isso lançam mão das tecnologias existentes na UMSB e na rede de assistência à saúde que o município dispõe.

Ainda é comum, no trabalho em saúde da Unidade Mista de Saúde de Barcarena, observar a sujeição do usuário, às práticas caracterizadas pela submissão às condutas e às prescrições médicas, e aos demais membros da equipe que “sabem” o que é “melhor” para esse usuário. Porém, podemos também perceber condutas diferenciadas, dos profissionais que assistem o usuário dentro da internação, quanto a estimular e respeitar sua autonomia, tanto no momento de esclarecer o diagnóstico, quanto na hora de decidir sobre o tratamento a seguir, ou seja, há uma dupla face entre as “frestas” de acolhimento e o trabalho centrado no médico. A divisão entre os que acolhem e os que fazem as tarefas, utilizando as tecnologias duras sem reflexão, põem abaixo a questão do cuidado de si, que acaba por ser pouco enfatizado, frente à cultura da medicalização, centrada na prática médica.

Observo nesse sentido, que a Humanização no cuidado em saúde aparece na compreensão dos profissionais de forma muito particular. Para a participante Rosa, a

valorização da subjetividade é realizada através do desenvolvimento da habilidade de ser empático.

Atender bem seria se colocar no lugar do outro, atender como você gostaria de ser atendido, ser observado, eu tento fazer isso, eu tento me imaginar naquela situação.

Para outros participantes, como é o caso da Carmem, a Humanização se faz com a escuta do conteúdo trazido pelo usuário e por seus familiares, considerando a história de vida e a realidade sócio-econômica.

A minha prática é humanizada, porque quando eu vou conversar com o paciente eu procuro saber não só a história da doença dele em si, eu procuro outros históricos dele, eu não vou lá preocupada só com a questão da alimentação, porque o paciente tá internado, como é a questão da alimentação na casa, perceber a necessidade, às vezes as pessoas tem a questão da cultura alimentar, a questão da relação familiar, então tudo isso eu procuro saber, são só alimentação, pra mim já é uma ação humanizada porque você vê o indivíduo como um todo e não só por partes.

Há ainda a visão do participante Pedro, que por trabalhar com a escuta tornou-se mais afeito às tecnologias leves, atuando ao nível das tecnologias relacionais, procurando estimular nos usuários, a autonomia e a vontade de cuidar de si. Ele diz que:

Eu sou assistente social, trabalho no setor psicossocial que está começando a se organizar nessa nova gestão 2013 a 2016, e eu vejo que, o meu processo de trabalho se diferencia dos outros profissionais, porque os demais profissionais eles tem métodos eles tem objetivos próprios e no trabalho do serviço social, dentro dessa estrutura do setor psicossocial eu percebo que eu preciso aparelhar e empoderar o cidadão que esta adoentado que ele tome consciência do quadro dele e que pelas práticas diárias individuais mentais e espirituais dele ele busque cada vez mais a saúde , então é um processo de troca de valores de fortalecimento de valores pessoais que eu preciso fazer com esse usuário e com essa família aqui dentro da unidade mista que eu esteja acompanhando na internação essa ou esse usuário da saúde.

Esses profissionais demonstram possuir o entendimento sobre o cuidado integral e pleno, feito com base no ato acolhedor, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante de um problema de saúde. No entanto, é necessário que os profissionais sigam para, além disso, que a equipe que trabalha com o cuidado, se aproprie do entendimento de que, com uma linha de cuidado integral organizada, o serviço de saúde operaria centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso.

Ao analisar o contexto de produção do cuidado em saúde, dentro da internação da UMSB, observei que, apesar dos esforços isolados dos profissionais de saúde, comprometidos com a ação que realizam, visando o cuidado integral, todos os atores

desse enredo, profissionais, usuários e até mesmo o serviço de saúde permanecem atados ao modelo médico-hegemônico das práticas de saúde tradicionais e hierárquicas há muito cristalizados no modo de se fazer saúde.

No entanto, este cenário não fez esmorecer o meu desejo de ver o crescimento de ações humanitárias no SUS, assim como, por uma assistência de qualidade no ato de cuidar. Estes também são os ideais enraizados nos atores que vivenciam o cuidado em sua labuta diária nesta Unidade de Saúde de Barcarena. Entretanto, para que isso ocorra tanto dentro da internação da UMSB, quanto no SUS, devem ser contemplados, o acesso universal, integral e solidário. Esta perspectiva requer a reflexão da adoção de um compromisso social mais amplo, que resgate a ética do cuidado, em que o cuidar seja parte de uma dimensão intersubjetiva que se comprometa com a garantia da autonomia e com a defesa da vida, destes que são objetos das instituições de saúde e que atuam nestas: os usuários, trabalhadores e os gestores.

Ainda sob o ponto de vista da integralidade e pensando na linha de cuidado em saúde, importa considerar a construção desta, de forma que, possa dar conta de acolher o sujeito, mesmo que se percorra todo um itinerário de serviços de saúde, até se alcançar às necessidades do usuário. Esse seria o caminho adequado, que viria contribuir muito com a assistência, para as populações dos interiores do Estado, estas que mais se utilizam dos serviços oferecidos pelo SUS, mas sabemos que, a realidade se mostra às avessas, pois o que prevalece nessa assistência é a prática do cuidar em saúde, somente quando o usuário já apresenta algum adoecimento.

Ao pontuar os interiores do Estado, em especial Barcarena, lócus desta pesquisa observo que, o modelo de assistência pautada na doença instalada se faz presente, pouco se fala ou se trabalha em relação à prevenção, tanto por parte dos trabalhadores, quanto por parte dos usuários, estes realmente buscam o atendimento quando já estão adoecidos. Isso ocorre por vários motivos, mas o mais contundente é o fato da conduta de assistência à saúde do município estar voltada para essa antiga prática, o que direciona à compreensão da população, fazendo com que os usuários caminhem juntos na direção de somente cuidar de si, quando a saúde lhes falta. E ao buscar o cuidado, ainda se deparam com o modelo assistencial centrado nas questões biológicas do corpo, no adoecimento físico.

Diante desse quadro e dos resultados encontrados, cabe o pensar sobre: como introduzir a escuta como procedimento mais qualificado na medicina, sem que ela

apareça como caráter de intervenção no corpo? Como resgatar a essência de sua intervenção, que é o cuidado à humanidade, com respeito e acolhimento, ou mais propriamente entendida como “a arte de cuidar”? Como provocar nos trabalhadores da saúde a promoção do cuidado integral? As respostas para estes questionamentos encontram-se concentrados no papel da integralidade, na aplicação de remédios, nos exames em tempo oportuno, no acolhimento, na escuta, no estímulo, na autonomia, tudo acontecendo no mesmo momento e não de forma fragmentada e/ou excludente.

Franco e Magalhães (2003) referem que, o exercício da clínica, traduzido em atos de fala e escuta, onde o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, que trata de uma relação sumária entre o profissional e o usuário. O atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. O atual descuido com a saúde gera um excesso de encaminhamentos a especialistas e um alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário.

Apesar do trabalho em saúde ter a característica de ser relacional devido ser produzido em ato, observa-se um movimento de tentativa de captura, tanto do doente, quanto dos profissionais e mesmo, da gestão dos serviços de saúde que atuam nessa área, pela lógica assistencial centrada nos modelos biomédicos de sinais e sintomas - que utilizam como ferramentas tecnológicas, as chamadas tecnologias duras e leves-duras (com seu uso cada vez mais estimulado e financiado pelos recursos de grandes indústrias e laboratórios), em detrimento das tecnologias leves, fundamentais para dar conta dos aspectos multidimensionais do adoecimento. (MERHY, 2007).

Há que se entender que, não existe contraposição entre tecnologias duras, leves-duras e leves. Conforme se observa em Merhy (2007) não podemos circunscrever o trabalho apenas nas tecnologias duras, pois nas leves residiria uma maior compreensão do que é o sujeito e do seu adoecimento. Sendo assim, o que se deseja é que o trabalho vivo, pautado nas relações estabelecidas no curso do cuidar prevaleça sobre o trabalho morto, para que se possa produzir saúde com base nas tecnologias leves, relacionais, produzindo cuidado de forma integralizada, no entanto, para isso ocorrer deverá haver

mudança no modelo assistencial que prevalece nas práticas de saúde, possibilitando dessa forma modificar e construir uma nova maneira de realizar o cuidado, provocando conseqüentemente transformações em toda extensão dos serviços de saúde, redirecionando-os às necessidades reais dos usuários.

Sendo assim, pontuo que, este estudo realizado em Barcarena, objetiva a reflexão sobre os caminhos que possam ajudar a construir conhecimentos no campo da Humanização no cuidado em saúde, dentro da realidade do SUS em municípios interioranos. Ofereço uma reflexão teórica, apoiada nos dispositivos tecnológicos que contribuem para o cuidado integral.

Esta é a minha maneira de escrever sobre uma nova noção de saúde e de doença, onde o cuidar está diretamente implicado com a totalidade do indivíduo, levando em consideração suas questões subjetivas e sua história de vida, lançando mãos dos insumos tecnológicos existentes que não devem ser descartados, por contribuírem para o cuidado. Desta forma, o profissional de saúde ao atuar, deve fazer uso de todo dispositivo tecnológico que o favoreça no cuidado humanizado e integral, possibilitando aos sujeitos que recebem o cuidado terem autonomia sobre seu processo de adoecer e de resgate à saúde.

É fundamental para a assistência em saúde, que as discussões deste porte, sobre a Humanização na saúde, se fortaleçam e provoquem mais pesquisadores a trabalharem sobre esta ou sobre outras questões referentes ao ato de cuidar, fomentando a discussão através de pesquisas científicas, sobre as dificuldades e as exigências impostas pela realidade da assistência em saúde no SUS. Essas discussões poderão garantir relações mais solidárias entre os trabalhadores de saúde, os usuários e os familiares dos usuários, com a possibilidade de se instituir práticas que defendam a vida e garantam a construção de um sistema de saúde mais acolhedor.

Dessa maneira, este estudo visa contribuir não só para o entendimento da relação entre os profissionais e os usuários na construção do cuidado em saúde, mas também para ajudá-los a perceber as implicações de sua atuação, na qualidade do serviço oferecido e no desenvolvimento da autonomia no cuidar de si, além da fomentação de cuidados pautados em atuações humanizadas, colaborando para a construção de uma assistência à saúde mais acolhedora no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

REFERÊNCIAS

ALEKSANDROWICZ, A. M. C; MINAYO, M. C. S. Humanismo, Liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciência e natureza e ética. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 513-526. 2005.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 63-72, 1997.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: _____ Humanização dos Cuidados em saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas. Organizada por Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Cap.2, p. 49-84.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8,n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan./jun. 2001.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560. 2005.

BALLONE G.J. *Humanização do Atendimento em Saúde* - in. PsiquWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, 2008

BARROS, M. E. B. ; SANTOS FILHO, S. . O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, p. 101-122, 2012.

BARROS, M. E. B; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23 – n. 3, p. 641-658, Set./Dez. 2011

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

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Rev. Psicologia & Sociedade*; 17 (2): 21-25; mai/ago.2005

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petropolis: Vozes, 2003.
BOFF, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Revista Inclusão Social*, 1 (1): 28-35.

BRASIL, Ministério da Saúde - HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: documento base. Brasília (DF) 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288. Acesso em: 01 Ago 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel. As Armadilhas da “concepção Positiva de Saúde”. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 76 (I), p. 63-76, 2007.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Original publicado em 1943.)

CECCIM ,R. B.,1 ARMANI T. B., OLIVEIRA. D. L. L. C., BILIBIO. L. F., MORAES. M., SANTOS. N. D. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1567-1578, 2008.

CHIZZOTTI ,A. Pesquisa em ciências humanas e sociais.ed Cortez. São Paulo. 1998.

COELHO, M. T. A. D.; FILHO, N. A. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

COSTA, A. A fábula de Higino em Ser e Tempo: das relações entre cuidado, mortalidade e angústia .In:_____Por uma ética do cuidado. Organizada por Marisa Schargel Maia. Rio de janeiro: Gramond, 2009. parteI,p. 29-51.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626. 2005.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

DESLANDES, S. F. Humanização: revisando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In:_____Humanização dos Cuidados em saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas. Organizada por Suely Ferreira Deslandes. Rio de janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Cap.1, p. 33-47.

FERLA, A. A. ; OLIVEIRA, P. T. R. ; LEMOS, F. C. S. . Medicina e hospital. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23, p. 487-500, 2011.

FERREIRA, J.; O corpo sígnico. In ALVES, P. C.; MINAYO, M, C. (Org.).Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FIGUEREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre clínica e a cultura. In:_____Por uma ética do cuidado. Organizada por Marisa Schargel Maia. Rio de janeiro: Gramond, 2009. parteII,p. 121-140.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. Resumo dos Cursos do College de France (1970-1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

FOUCAULT, M. (1963). O nascimento da clínica. 2. ed. Rio de Janeiro.

FRANCO, T.B., Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde, in pensar BH:Política social, out/dezembro de 2003- ISSN 1676-9503

FRANCO, T.B. & MERHY, E.E, Produção Imaginária da Demanda in Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) “Construção social da Demanda”; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

FRANCO, F. L. F. N. Georges Canguilhem e a psiquiatria: norma, saúde e patologia mental. **Primeiros Escritos**, v. 1, n. 1, p. 87-95, 2009.

FRANCO, T.B & Magalhães Jr., H.. A Integralidade e as Linhas de Cuidado; in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/pdf>>. Acessado em 21 de abril de 2013

FRANCO, A. L. S; CAPRARA, A. Relação Médico –Paciente e Humanização dos Cuidados em Saúde: limites, possibilidades, falácias. In: _____ Humanização dos Cuidados em saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas. Organizada por Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Cap.3, p. 85-108.

GOMES, A.M.A. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. Revista APS. nº 14, out-dez. 2011

GONÇALVES, R.B.M. O saber como tecnologia na produção de serviços de saúde: a epidemiologia e a clínica. In Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO. 1994

HARDT, Michael. Império. In: Produção Biopolítica. Rio de Janeiro: Record, 2001.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. Revista Produção, v. 14, n. 3, p. 77-86. set-dez. 2004.

MENDES, Ana Magnólia. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MERHY, E. E. Micropolítica do encontro intercessor apoiador- equipe, substrato para um agir intensivista. Rev. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 34 ,n. 85, p.433-438.2010.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado - movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde.[2003]. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf> > Acesso em: 23 fev 2013.

MERHY, E. E. A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a política nacional de humanização. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/> Acesso em: 29 abril 2011

MERHY, E. E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro. UFRJ, 2007. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica> > Acesso em: 21 nov 2011

MERHY, E.E. Um dos grandes Desafios para Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção.In: Merhyet.al.**Trabalho em Saúde**.olhando e experienciando o SUS no cotidiano, São Paulo:Hucitec,2003

MERHY, E. E. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Rio de Janeiro, 2003. www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy. Acesso em 15/09/2010

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec;São Paulo: Abrasco, 1998.

MINAYO,M.C.S. Avaliação por triangulação de métodos-abordagem de problemas sociais. ed.Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, L. A. et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de umserviço de DST/Aids no município de São Paulo. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 689-698, jul./set. 2005.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. Estudo dos modelos de gestão e tecnologias de cuidado nos hospitais públicos regionais do Pará. Belém: UFPA, 2013, 60 p.

OLIVEIRA, P. T. R. O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar: um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará. 1998. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, P. T. R.; MOREIRA, A. C. G., Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. Pulsional Revista de Psicanálise, São Paulo, v.19, n.185, p. 52-65. mar. 2006.

OLIVEIRA, P. T. R.; MOREIRA, A. C. G.; SOUZA, A. V. A integralidade em saúde e a formação em Psicologia: reflexões sobre a prática clínica do psicólogo no contexto do SUS. *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, V. 34 ,n. 85, p.559-565.2010.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde- aposta da Política de Humanização da Saúde. *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, V. 34 ,n. 85, p.423-432.2010.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, V. 34 ,n. 85, p.439-447.2010.

PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. In: _____ Por uma ética do cuidado. Organizada por Marisa Schargel Maia. Rio de Janeiro: Gramond, 2009. parte I, p. 53-87.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EDUCS/CEPESC/IMS-UERJ, 2006.

PINHEIRO, R & MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3ª Ed. Hucitec/ IMS/UERJ-Abrasco. 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev. bras. educ. med. vol.33 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2009

SATO, L; LACAZ, F. A. C. Humanização e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde. . In: _____ Humanização dos Cuidados em saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas. Organizada por Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Cap.4, p. 109-139.

SIQUEIRA, J, E. A arte perdida do cuidar. 2002 Disponível em revistabioetica.cfm.org.br/...bioetica/article/viewArticle/216. Acesso em: 25 abril 2011

SOUZA, A. V. S. *A Integralidade na Prática Clínica e Institucional na Relação Ensino-Serviço: Um Estudo de Caso Sobre a Formação do Psicólogo em Hospital Público*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará. Belém, 2009.

SANTOS, Boaventura Souza. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 8ª. São Paulo, Cortez, 2011.

_____. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, outubro, 2007; 3 – 46.

TEIXEIRA, E. *Cartografia simbólica do CUIDADO: Reflexões á luz do pensamento de Boaventura de Souza Santos*. Ed. Martinari, São Paulo, 2008.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção Primária à Saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597. 2005.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

APÉNDICE

APÊNDICE I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: A HUMANIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO TECNOLÓGICO NO CUIDADO EM SAÚDE.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar as práticas de humanização no cuidado em saúde, na internação da Unidade Mista de Saúde do Município de Barcarena, analisando as concepções de saúde e doença para os usuários (internados nas enfermarias masculinas, femininas e pediatria), trabalhadores do setor de internação e gestor da Unidade, verificando como o cuidado é produzido pelos serviços oferecidos no setor de internação e na gestão da referida unidade. O projeto está vinculado ao Programa de pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará, sob orientação do professor Dr. Paulo de Tarso Ribeiro do Oliveira.

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente desta pesquisa, o que significa que a qualquer tempo poderá desistir e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo à sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Caso aceite deverá responder a uma entrevista individual, que compreende um questionário de quatro perguntas abertas. Com sua permissão, elas poderão ser gravadas eletronicamente, cujo acesso é exclusivo à pesquisadora e ao orientador que a supervisiona. Ao término desta poderá ser solicitado o acesso aos dados obtidos sem nenhum comprometimento ou prejuízo à sua relação com a pesquisadora ou com a instituição na qual recebe o tratamento médico e multiprofissional ou trabalha, estando assegurados os princípios da confidencialidade e sigilo dos dados, pois é vetada a identificação dos participantes envolvidos nessa pesquisa, apesar da divulgação dos dados coletados em relatórios para artigos científicos, seminários e congressos. A pesquisadora também está disponível para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa.

Sua participação não envolverá nenhuma despesa ou recompensa financeira e/ou de qualquer outra origem. O estudo não apresenta riscos a sua integridade física, moral ou psicológica. A pesquisa não irá provocar exposição a agentes físicos, químicos, biológicos ou de qualquer outra ordem, face ao procedimento utilizado – entrevista – limitar-se ao contato interpessoal na instituição de saúde onde você está internado ou atua como profissional, deixando a seu critério a decisão de responder ou não às questões apresentadas.

A assinatura desse consentimento não inviabiliza nenhum dos seus direitos legais. Você foi selecionado aleatoriamente por estar internado ou fazer parte do quadro funcional da Unidade Mista de Saúde do município de Barcarena, no qual o estudo se propõe a pesquisar.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço eletrônico do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou em qualquer momento. Telefone: (91) 88710064; e-mail: darlen.neves@gmail.com

Caso necessite de algum esclarecimento sobre sua participação no estudo, poderá contatar com o responsável pela pesquisa no telefone (91) 88710064 ou 37540957. Também poderá solicitar informações na secretaria do Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, situada no Campus Universitário do Guamá, na Rua Augusto Correa, n. 01, Guamá, CEP 66075-110, Belém, Pará

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Darlen Neves Silva Dias
Pesquisadora - CRP 01962-RG N°4330295

APÊNDICE II – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para os Trabalhadores

DADOS

Nome (Iniciais):

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Município de Origem:

QUESTÕES

1. O que significa para você estar doente (doença)?

2. O que significa para você ter saúde (saúde)?

3. Como você percebe os cuidados produzidos no local onde você atua?

4. Você conseguiria fazer uma ligação entre a prática do cuidado realizada por você e os processos mais humanizados, no âmbito das ações de saúde?

APÊNDICE III – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para os Gestores**DADOS**

Nome (Iniciais):

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Município de Origem:

QUESTÕES

1. O que significa para você estar doente (doença)?

2. O que significa para você ter saúde(saúde)?

3. Como você percebe os cuidados produzidos no local onde você está atuando como gestor?

4. Você conseguiria fazer uma ligação entre a prática do cuidado realizada por você e os processos mais humanizados, no âmbito das ações de saúde?

APÊNDICE IV – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para os Usuários

DADOS

Nome (Iniciais):

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Município de Origem:

QUESTÕES

1. O que significa para você estar doente (doença)?

2. O que significa para você ter saúde (saúde)?

3. Como você percebe os cuidados em saúde realizados na Unidade Mista de saúde?

4. Você conseguiria fazer uma ligação entre a prática do cuidado que você recebe e os processos mais humanizados, no âmbito das ações de saúde?