

Eixo Temático: Estratégia e Internacionalização de Empresas

**GESTÃO HUMANIZADA NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DO
MUNICÍPIO DE SANTIAGO/RS**

**HUMANIZED MANAGEMENT IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY, OF THE
MUNICIPAL OF SANTIAGO**

Maique Berlote Martins e Fabiano Minuzzi Marcon

RESUMO

O presente trabalho objetiva identificar quais são os fatores que interferem para a efetividade de uma gestão humanizada nas Estratégias de Saúde da Família, do Município de Santiago/RS. Após a implantação do SUS, muitas políticas públicas foram criadas para dar suporte na efetivação das ações estabelecidas nas leis 8.080/1990 e 8.142/1990, dentre estas políticas, cita-se a Política Nacional de Humanização, que surgiu, no ano de 2003, com o intuito de repensar as formas de trabalho e de relação entre usuários e serviço, a fim de tornar mais humano o atendimento oferecido. O Município de Santiago/RS, contempla a cobertura de 85% do seu território através de equipes de Saúde da Família. A presente pesquisa foi realizada nas 11 ESFs existentes no Município, analisando a visão de usuários e colaboradores a cerca das potencialidades e fragilidades existentes nestes serviços. Com os resultados obtidos, pode-se identificar os principais fatores que interferem na efetividade da gestão humanizada nas ESFs, bem como gerar uma reflexão sobre o papel da gestão na humanização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: gestão humanizada, Estratégia de Saúde da Família, efetividade.

ABSTRACT

The current work aims to identify what factors affect the effectiveness of Humanized management in the family health strategy, of the municipal of Santiago. After the creation of SUS, many public policies were created to support the implementation of the actions set out in laws 8.080/1990 and 8.142/1990, among these policies, quoted the National Policy of Humanization, which was established in the year 2003 in order to rethink the ways of working and relations between patients and services, in order to offer more humane care. The municipal of Santiago/RS, plans to cover 85% of its territory through family health teams. The current research was conducted in the 11FHSs in the municipal, analyzing the view of users and employees about the potential and existing weaknesses in these services. With the results obtained, it is possible to identify the main factors that interfere with the effectiveness of Humanized management in the FHSs, as well as create an image on the role of management in the humanization of health services.

Keywords: humanized management, family health strategy, effectiveness.

INTRODUÇÃO

O contexto atual da saúde de nosso país apresenta uma formulação marcada pelas intensas transformações das duas últimas décadas. O início da década de 80 marcou o começo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, formado por expressiva parcela de estudantes, usuários e profissionais da área da saúde, e posteriormente agregando outros grupos da sociedade, engajados na construção de uma política de saúde democrática e descentralizada que representa-se a universalidade, integralidade e equidade, essenciais para este tipo de serviço.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, consagrou os princípios reivindicados pelo Movimento da Reforma Sanitária. A partir deste marco histórico para a saúde no Brasil, houve um período de crescimento e reconhecimento do Sistema Único de Saúde.

Porém, muitas transformações ainda precisam ocorrer principalmente no que diz respeito ao gerenciamento do setor da saúde. Os serviços e profissionais precisam desenvolver capacidade de adaptação às mudanças que ocorrem na sociedade, especialmente dedicando um olhar mais humanizado para algo que não se comercializa, que não se troca ou se compra, que é a saúde.

A rede de Atenção Básica representa a atenção primária à saúde de todos os usuários. Trata-se do serviço que realiza o primeiro contato com as famílias, que coleta dados e informações que irão auxiliar na elaboração de estratégias de prevenção de agravos e promoção à saúde que abarca determinado distrito sanitário sob responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O funcionamento eficiente deste serviço possibilita que toda a rede de saúde pública do município funcione de forma satisfatória para a população.

Mendes (2012) explica que uma ESF fortalecida significa uma ruptura dos modelos de atenção à saúde focados em procedimentos da atenção especializada altamente centrados em uma grande densidade tecnológica e gerador de grandes custos para a administração pública em função da ausência de uma atenção primária que realize com qualidade seu papel de coordenar a Rede de Atenção à Saúde.

A Secretaria da Municipal da Saúde foi fundada em Santiago/RS, no ano de 1987, com o objetivo de prestar o atendimento básico de saúde à população. Realiza uma cobertura de 85% do território do município, por meio de 11 ESFs.

O contexto que envolve uma ESF e a importância que ela representa para todo o Sistema Único de Saúde gera a necessidade de se pensar no papel que a gestão possui diante da efetividade dos atendimentos oferecidos nestes serviços.

Diante disso, o objetivo geral da presente pesquisa, define-se como: Identificar os fatores que interferem na efetividade da gestão humanizada nas Estratégias de Saúde da Família, no município de Santiago/RS.

Da mesma forma, os objetivos específicos definem-se da seguinte maneira: (i) conhecer os princípios que regem o desenvolvimento de políticas e programas de humanização nas estratégias de saúde da família; (ii) pesquisar a visão dos profissionais e usuários das ESFs quanto às principais dificuldades e potencialidades destes serviços; (iii) identificar os fatores que implicam na efetivação da gestão humanizada nas ESFs; (iv) Refletir sobre o papel da gestão na implantação de políticas de humanização das ESFs.

Para contemplar os objetivos acima apresentados, o presente artigo estrutura-se da seguinte maneira: o referencial teórico, onde é abordado o contexto histórico que envolve as políticas de saúde no Brasil, as estratégias de saúde utilizadas atualmente, os objetivos da criação da política Nacional de Humanização e o funcionamento da ESF; a metodologia; os resultados e discussões e; as considerações finais e sugestões.

2. A reforma sanitária e suas contribuições para o SUS

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil, ainda no período do Regime Militar (1964-1984) representava, na verdade, o domínio das instituições previdenciárias.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2007), no livro “Sistema Único de Saúde”, explica um pouco o que aconteceu neste período:

O governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (BRASIL, 2007). Um movimento pela transformação do setor da saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Segundo Paim (2008), falar da Reforma Sanitária trata-se de reafirmar o contexto ideológico existente com as lutas sociais do povo brasileiro. A Reforma Sanitária pode ser caracterizada como um movimento de busca por desenvolvimento e atenção social de forma igualitária. Para o autor “o que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos” (VAITSMAN apud PAIM, 2008, p. 29).

Segundo autores (BRASIL, 2007) em 1966, o sistema de saúde existente no Brasil, se limitava ao atendimento oferecido pelo INPS aos trabalhadores formais, porém excluído do direito à saúde os trabalhadores informais, produtores rurais e mais uma grande parcela da população que não gerava contribuição para o INPS. Aquele modelo de serviços à saúde excludente reuniu grupos (sindicalistas, profissionais da saúde e estudantes universitários) implicados em lutar pela transformação daquela realidade e pela construção de direitos que incluíssem todos os sujeitos que compõem a sociedade, de forma igualitária.

Paim (2008, p. 36) explica que “a Reforma Sanitária, enquanto fenômeno histórico e social poderia ser analisada como ideia-proposta-projeto-movimento-processo.” Esta ampla análise do autor diz respeito à ideia como o reconhecimento da situação precária vivida no país, proposta como o conjunto de direitos e requisições levantados por aquele momento, projeto como sendo a contradição do que existia em face do que se requiritava, movimento como as articulações políticas, culturais e sociais que efervesciam as justificativas de uma reforma e processo enquanto o desencadeamento de acontecimentos, em diferentes momentos

e espaços que representaram as práticas sociais simbólicas para aquele momento que tornou-se histórico.

Contra todos estes movimentos o modelo econômico implantado pela ditadura estava pagando o preço por ter priorizado a as altas classes econômicas e incentivado a utilização da medicina curativista, os resultados estavam sendo altos índices de mortalidade infantil, incapacidade de atendimento a um número cada vez maior de pessoas e crescente dificuldade financeira do INPS em financiar obras e desenvolver os serviços existentes frente ao crescente avanço do desemprego e redução da arrecadação do sistema previdenciário (BRASIL, 2007).

A Reforma Sanitária estava deixando um legado histórico para a constituição de um sistema de saúde que contemplasse todas as dificuldades que a população enfrentava. Este legado foi se disseminando e confirmando a sua relevância diante das evidências econômicas e políticas que justificavam o movimento e culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde no qual confederações de trabalhadores, associações de bairros, sanitaristas, pesquisadores, trabalhadores da saúde, estudantes e até mesmo entidades ligadas ao setor privado concordaram que não se pretendia excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços, o que se pretendia era que se passasse a trabalhar com a seriedade que a saúde precisa, na qualidade da competência técnica de cada profissional e na universalidade de direitos toda a população (ARROUCA apud PAIM, 2008).

Segundo autores (BRASIL, 2007), foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a presença de mais de 4 mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional.

Assim, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que se aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde, que se constituísse com base em diretrizes que atendessem à qualidade de vida de toda a população, com a separação total da saúde em relação à Previdência.

Nesta conferência, que foi a primeira a possuir ampla participação da sociedade, as discussões contemplavam três pontos principais: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor de saúde (PAIM, 2008). As contribuições da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram inúmeras, em seu relatório final destacavam-se a ampliação do conceito geral de saúde, a saúde sendo estabelecida como um direito de todos, o nascimento de um sistema único de saúde, a contribuição popular nessa construção e a ampliação do orçamento social.

2.1. Os princípios do SUS

Nossa Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, ampliando dimensões antes não consideradas. Saúde passa a ser o conjunto de fatores como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. (BRASIL, 2007).

A Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, considerada a lei orgânica da saúde, foi criada para regulamentar o SUS em todo o território nacional. A Lei trouxe em seus

artigos as reivindicações e ideologias levantadas durante a reforma sanitária e apontadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O Capítulo II desta Lei trata dos princípios e diretrizes do SUS, onde cabem serem destacados os seguintes:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos [...];
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- [...] VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo [...] (BRASIL, 1990).

Universalidade, integralidade e equidade, podem ser considerados os três pilares dos princípios que regem nosso sistema de saúde. Embora em sua denominação encontre-se a palavra “único”, o SUS não é único, mas é uma mistura de diversas necessidades que emergem de políticas econômicas, sociais e ambientais, além estar segmentado em diversos ministérios e não apenas na saúde (PAIM, 2009).

A Lei 8.080/90 trata de disposições a cerca da organização e gestão do SUS, além da distribuição das competências nas três esferas de governo, da complementação por planos privados, dos recursos humanos envolvidos e do planejamento financeiro e orçamentário. Porém a participação popular, principal reivindicação nos Movimentos da Reforma Sanitária, foi vetada nesta Lei pelo Governo Collor. Então, em complementação, a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, vem agregar a anterior regulamentando sobre a participação popular, sobre as transferências de recursos financeiros e institui as Conferências e Conselhos de Saúde como órgão de participação e intervenção do usuário nas decisões sobre saúde (BRASIL, 2007). Nossa Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, ampliando dimensões antes não consideradas. Saúde passa a ser o conjunto de fatores como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. (BRASIL, 2007).

3. Estratégias de gestão utilizadas na saúde atualmente

A gestão atravessa por constantes mudanças na busca pela descentralização e transferência de responsabilidades para os municípios. Dentre as definições de gerência e gestão o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2007), no livro “Sistema Único de Saúde” traz a definição destes dois termos:

“Gerência”: como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.) que se caracteriza como prestador de serviços do SUS.

“Gestão”: como a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2007).

Sob um olhar das ciências sociais aplicadas, Bergue (2011, p. 38) nos diz “que a gestão tem como objeto a organização e, como objetivo a criação de valor”. Com esta definição cabe ser ressaltada a relevância desta pesquisa, por se tratar da busca pela afirmação da importância da gestão na efetividade dos serviços em saúde.

Os avanços na gestão do SUS estão sendo graduais, sendo de extrema importância ressaltar que trata-se de um sistema “jovem”, com um pouco mais de duas décadas de atuação e passa por diversos desafios para que ocorra a sua universalização (PAIM, 2009).

O cuidado que a gestão deve ter na formulação das estratégias reflete diretamente na execução das ações dos serviços do SUS. As estratégias traçadas por uma organização definem o seu posicionamento frente aos desafios do ambiente interno e externo e representam a forma de utilização dos recursos disponíveis para o alcance das metas estabelecidas (ANDRADE, 2012).

No que tange o âmbito da gestão pública, Bergue (2011), explica também, a importância da distinção entre administração e política, no sentido de se estabelecer limites de atuação entre as esferas do poder político e da ação gerencial.

Ainda, Lacombe (2009) define que o planejamento não se refere a decisões futuras. Ele é executado no presente: seus resultados é que se projetam no futuro. Se não planejarmos no presente, não teremos condições de implantarmos o que desejamos no futuro.

Com base no que diz Bergue (2011) o planejamento estratégico da gestão pública é essencial, principalmente considerando a questão de controle da qualidade. O planejamento deve ser prioritário até mesmo para as mais simples decisões da gestão, visto que, “o planejamento estratégico é identificar objetivos finalísticos, desdobrá-los em metas intermediárias seguidas da racional alocação de recursos para sua execução” (BERGUE, 2011, p. 430).

Segundo o autor, sobre a organização e a metodologia para o planejamento estratégico “são atividades que devem ser amplamente pesquisadas, estudadas, entendidas, discutidas e disseminadas antes de iniciar o Projeto de Planejamento Estratégico para organizações privadas e públicas” (REZENDE, 2008, p. 17).

Na gestão pública, o planejamento estratégico denomina-se Plano Pluri Anual (PPA), o que segundo o Manual do Gestor Público do Estado do Rio Grande do Sul (2013) é um planejamento de médio prazo (quatro anos), que pode sofrer revisões anuais, com o encaminhamento do respectivo projeto de lei à Assembleia Legislativa. O PPA é constituído de programas e estes, de ações. Os programas contêm objetivos e indicadores, ao passo que as Ações possuem produtos, metas e recursos (BERGUE 2011).

4. A Política Nacional de Humanização (PNH)

Os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira – operados especialmente ao longo das últimas duas décadas – convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens (HUMANIZASUS, 2004 p. 5).

A cartilha do Ministério da Saúde, HumanizaSUS (2004), traz o marco-teórico que deu origem à Política Nacional de Humanização (PNH), no ano de 2003. Diversas questões que haviam sido apontadas durante o Movimento da Reforma Sanitária como: o baixo investimento nos trabalhadores, o ênfase em uma gestão participativa, o trabalho em equipe, passam a se mostrar contraditórios diante dos primeiros vinte anos de funcionamento do SUS.

A PNH, criada no ano de 2003, traz a necessidade de adotar a humanização como “diretriz política transversal entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema caracterizando uma construção coletiva” (HUMANIZASUS, 2004, p. 7).

Orientada pelos princípios da transversalidade e da integralidade, entre atenção e gestão, a humanização se expressa a partir de 2003, como Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2015).

A tese de doutorado de Lílian Weber, no programa de Pós-Graduação em Administração na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), expõe sobre a PNH da seguinte maneira: “A PNH é concebida como política transversal às demais iniciativas existentes no Ministério da Saúde (MS), com objetivo de contribuir para efetivação do Sistema Único de Saúde” (WEBER, 2012 p. 21).

Conforme podemos observar nas opiniões acima citadas, a PNH foi criada em 2003 com o objetivo de trabalhar pelo SUS que dá certo, de pensar em diretrizes que direcionem a Atenção e a Gestão em saúde de modo que a execução dos serviços ocorra de forma humanizada. A humanização supõe trocas de saberes entre profissionais e usuários, de modo que suas estratégias podem transformar realidades sociais e de que os sujeitos envolvidos sejam capazes de transformar a si próprios (HUMANIZASUS, 2004).

Com a criação da PNH, o Ministério da Saúde passa a trabalhar com as seguintes marcas/prioridades:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados com critérios de risco.
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores. (HUMANIZASUS, 2004 p.10).

Ao contrário de outras políticas públicas, a PNH não possui nenhum decreto ou portaria que a regulamente, o que existe, são diretrizes elaboradas pelo MS e que foram formalizadas através do “Pacto pela Vida”, que se refere à Portaria nº 399 de 23 de fevereiro de 2006, onde encontram-se muitos dos princípios da PNH (BRASIL, 2015).

Deste modo, a efetivação da humanização se dará pela intercessão nas diferentes políticas de saúde. A PNH deve trabalhar em ações decididas com as áreas de modo a integrá-las, além de facilitar contatos e interagir com as instâncias do SUS onde tais políticas se efetuem (HUMANIZASUS, 2004).

5. As Estratégias de Saúde da Família

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, por se tratar de uma estratégia que contempla um processo de trabalho com maior resolutividade e impacto na situação de saúde dos usuários e coletividades, além de representar uma relevante relação de custo-benefício, uma vez que, quando plenamente efetivos os serviços que são prestados nestas unidades, ocorre uma redução nos gastos com os níveis especializados da rede do SUS (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o pacto pela saúde, versa sobre o objetivo da Atenção Básica (AB) da seguinte forma: “Consolidar e qualificar a Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006).

Nesta portaria, garante-se o financiamento da AB como responsabilidades das três esferas de gestão do SUS. E o termo “centro ordenador”, deve-se ao fato da AB possibilitar o controle dos demais níveis de atenção à saúde do SUS, por se tratar do serviço que oferece o primeiro contato com o usuário e busca minimizar os agravos (BRASIL, 2006).

Na PNAB, constitui-se que uma equipe de saúde da família deverá ser responsável por no máximo 4.000 (quatro mil) pessoas, sendo que o ACS deverá contemplar em torno de 750 pessoas (BRASIL, 2011). As divisões demográficas das ESFs, compreendem, o território área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF e o território microárea que é o território de responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde (MENDES, 2012, p. 260).

O Município de Santiago/RS, possui uma divisão geográfica que compreende 13 (treze) Distritos Geo-Sanitários, ou seja, são treze áreas de abrangências onde deve-se possuir uma equipe de saúde da família para atender aos usuários de cada território. Porém, conforme já foi mencionado anteriormente, Santiago conta com 85% (oitenta e cinco por cento) de cobertura do seu território através das ESFs, pois os Distritos Sanitários que compreendem o Centro e a Zona Rural do Município não possuem equipe de saúde da família.

Toda equipe de saúde da família deve ter sua composição organizada de modo que todos os usuários de seu território possam ser acompanhados por 1 (um) agente comunitário de saúde, 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 1 (um) enfermeiro e 1 (um) médico e preferencialmente deve ser incluído também 1 (um) auxiliar de saúde bucal (ASB) e 1 (um) dentista. Quanto ao número de ACS por território, deverá ser estabelecido, conforme citado acima, de modo que o agente seja responsável por no máximo 750 (setecentos e cinquenta) usuários, assim, cada ACS fica responsável por realizar o acompanhamento de uma microárea (BRASIL, 2011).

6. Metodologia

Conforme GIL (2007) nota-se a importância na definição da metodologia e procedimentos, pois essa auxiliará o pesquisador para o bom andamento da investigação.

Quanto à natureza de uma pesquisa, Almeida (2011) estabelece que pode ser classificada como pesquisa básica ou pesquisa aplicada, sendo a pesquisa aplicada a que tem como objetivo gerar conhecimentos para aplicação prática e dirigida à solução de problemas específicos. Quanto a abordagem do problema, Virgilito (2010) define a pesquisa qualitativa como a que identifica a opinião dos indivíduos, sem a preocupação de gerar resultados numéricos, visando atender os aspectos relacionados ao conceito que os entrevistados tem em relação ao tema. A pesquisa quantitativa, dispõe de resultados numéricos para representar fenômenos, utilizando números para medir a sua intensidade. Gil (2007) define que as pesquisas exploratórias são as que visam construir hipóteses envolvendo: levantamento bibliográfico, entrevistas com indivíduos envolvidos no assunto pesquisado e análise de exemplos. Já a descritiva, consiste na descrição das características de determinada população ou de determinado fenômeno. Segundo Furaste (2005), a pesquisa de campo, trata de uma busca por conhecer características importantes e singulares dos indivíduos em meios sociais, englobando estudos de satisfação de interesses e de opinião das pessoas sobre determinados aspectos da realidade.

Assim, a presente pesquisa, caracteriza-se como uma pesquisa de campo, aplicada quantitativa e qualitativa, com objetivos exploratórios e descritivos. Os dados foram coletados através de entrevistas com colaboradores e usuários das 11 ESFs, do município de Santiago/RS, por meio de dois modelos distintos de questionários. Para a coleta dos dados, baseando-se em dados oriundos do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), a média de atendimentos diários realizados em todas as ESFs é de 550 (quinhentos e cinquenta), valor que foi considerado como o tamanho da população dos usuários, para realizar o cálculo da amostra. O que resultou no número de 82 (oitenta e dois) questionários, considerando aplicação de 10 (dez) questionários por Unidade, foram aplicados 110 (cento e dez) questionários com os usuários das ESFs.

Quanto aos trabalhadores, a amostra foi por conveniência. Considerando que a equipe de saúde da família das ESFs de Santiago é composta, em sua maioria, por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e em média seis agentes comunitários de saúde. Assim, foram coletados os dados abordando cada um dos níveis de profissionais que trabalham no serviço, foram entrevistados: um enfermeiro(a), um médico(a), um(a) técnico de enfermagem, um(a) dentista, um(a) agente comunitário de saúde e um(a) auxiliar de saúde bucal. Representando um total de 6 (seis) colaboradores entrevistados por Unidade.

Desta forma, a presente pesquisa entrevistou um total de 176 (cento e setenta e seis) pessoas, sendo 66 (sessenta e seis) profissionais e 110 (cento e dez) usuários. Os dados foram analisados através de tabulação no software Excel®, realizando correlações entre as ESFs, para identificar em quais fatores encontram-se mais próximas de acordo com as respostas.

7. Resultados e discussões

Para atingir o segundo objetivo específico desta pesquisa, foram elaborados dois modelos de questionários. O primeiro, busca coletar informações dos usuários das ESFs. O Questionário é composto por 21 (vinte e uma) perguntas fechadas, que traçam o perfil do usuário respondente e avaliam os principais serviços ofertados nas Unidades de Saúde da Família.

Dentre as percepções gerais que pode-se ter, a partir dos resultados obtidos com as entrevistas com os usuários, percebe-se que muitos fatores positivos foram apontados, como o elevado percentual de usuários que procuram a ESF para prevenir doenças, bem como a questão do acolhimento oferecido que alcançou mais de 70% das respostas entre os atributos bom e ótimo.

Porém, algumas questões ainda devem ser analisadas, como a disponibilidade de consulta, que obteve os maiores percentuais nos atributos Ruim e Regular. A avaliação do atendimento odontológico foi a que apresentou o maior número de respondentes que desconhecem este atendimento, este resultado indica que apesar de ter uma boa avaliação, as equipes de saúde bucal devem divulgar mais seus serviços e o Município investir mais na contratação destes profissionais, para atender as Unidades que ainda não estão completas.

Os grupos de saúde também apresentaram um alto percentual de usuários que desconhecem este tipo de atividade. Este resultado indica que as ESFs devem investir mais na divulgação destas reuniões e, também, em atender a públicos mais amplos e diretos, como a população masculina, por exemplo.

O segundo questionário aplicado, foi direcionado para os colaboradores de cada uma das 11 (onze) ESFs, o qual busca coletar informações de cada cargo existente na Estratégia, a cerca das dificuldades existentes no local de trabalho, bem como dos fatores que interferem nas relações com os usuários, foram entrevistados 63 colaboradores. Este questionário se compõe por 9 perguntas fechadas.

A ESF é composta por seis profissionais de diferentes categorias, sendo que em Santiago/RS, conforme orientações da PNAB para a composição das equipes, as Estratégias possuem: um Médico, um Enfermeiro, dois Técnicos de Enfermagem, um Dentista, um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e em média seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Pensando nisso que a amostra desta pesquisa se compõe por seis questionários para os colaboradores de cada ESF.

Os resultados do questionário aplicado com os colaboradores apresentam algumas possibilidades para investimentos: na questão sobre as prioridades para o bem estar dos usuários de cada território, a grande maioria dos colaboradores indicaram a necessidade de investimento em habitação e saneamento básico; sobre as dificuldades encontradas no local de trabalho, a mais relevante para os entrevistados foi o reconhecimento do serviço e investimento pelos gestores, esta opção, na verdade possui dois atributos em um, onde o reconhecimento do serviço, pode estar atrelado a falta que os colaboradores sentem de serem reconhecidos pelo trabalho que desempenham, em complemento a isto, vem a falta de investimento da gestão nas ESFs.

Ainda, o sistema de referência e contra referência, merece um planejamento ampliado pela gestão da Secretaria da Saúde, pois as somas dos respondentes que consideram regular ou ruim, representa quase 70% das respostas, o que significa, que para os colaboradores trata-se de algo que tem que ser aperfeiçoado.

Um ponto muito positivo a ser apontado, é sobre a avaliação da humanização do serviço oferecido. A grande maioria considera que o serviço que é ofertado em seu local de trabalho é humanizado, esta avaliação é muito importante, pois confirma a percepção dos usuários em relação à humanização do atendimento.

Com base nos resultados obtidos, podemos verificar que os principais fatores que interferem para a efetivação da gestão humanizada nas ESFs são:

- ✓ A disponibilidade de consulta (indicada pela opinião dos usuários entrevistados);
- ✓ A participação do usuário nas reuniões e grupos de saúde realizados na ESF (indicada pelo autor, com base na análise dos resultados da pesquisa com os usuários);
- ✓ A falta de reconhecimento do serviço e investimentos da gestão (indicada pela opinião dos colaboradores entrevistados);
- ✓ O sistema de referência e contra referência (indicado pela opinião dos colaboradores entrevistados);
- ✓ A informação e a cultura dos usuários (indicadas pelo autor, com base na análise dos resultados da pesquisa com os colaboradores).

Para que o quarto objetivo específico desta pesquisa fosse atingido, foi realizada uma apresentação dos resultados obtidos para os(as) enfermeiros(as) e médicos(as) de cada ESF, na ocasião, esteve presente também a Secretaria Municipal de Saúde, alguns integrantes da equipe do NASF e o Prefeito do Município.

O objetivo desta apresentação, foi de fazer com que os profissionais das ESFs e a gestão da AB, refletissem acerca do trabalho que vem sendo desempenhado. Para isso, inicialmente foram apresentados os métodos utilizados para a análise e na sequência os resultados de cada pergunta dos dois modelos de questionários aplicados.

As primeiras percepções foram de confirmação das respostas com a realidade vivida nos serviços, os profissionais concordaram com a análise dos usuários nas avaliações positivas e negativas. Foi relatado por um dos médicos presentes, que se torna muito difícil que os trabalhadores se auto avaliem, por isso a pesquisa com os colaboradores foi de grande importância para que os profissionais possam se dar conta das fragilidades existentes no ambiente de trabalho.

Uma enfermeira, ainda ressaltou a importância do olhar da administração em relação aos serviços de saúde, que muitas vezes não recebem uma atenção especializada, além de poucos profissionais do ramo da administração se preocupar com pesquisas na área da saúde, o que, segundo a profissional, traz uma imensa contribuição para os serviços.

Pela Secretária da Saúde, foi relatado que a pesquisa faz pensar sobre como os profissionais estão se sentindo em relação ao trabalho, não apenas no que diz respeito à motivação, mas também à formação, da forma como vem sendo preparados, desde as graduações, até os cursos de aperfeiçoamento necessários para esta área. Salientou ainda, que a gestão está disposta a receber as sugestões de cada ESF, para que sejam pensadas nas possíveis mudanças no planejamento dos serviços.

Pelo Prefeito, foi mencionado que a pesquisa, pioneira no município, servirá como base para futuros trabalhos de aperfeiçoamento das estratégias de gestão utilizadas nas ESFs. Ainda, o gestor mencionou que os resultados demonstram a evolução que ocorreu desde a implantação da primeira ESF, a cerca de 10 anos, tendo percebido inúmeros avanços, porém, com pontos que ainda necessitam de uma atenção especial.

Para que a reflexão a cerca dos resultados fosse realizada de maneira efetiva, foi apresentada a proposta da análise SWOT. A análise SWOT, segundo a definição de autores, “trata-se de uma operação de planejamento em que os administradores identificam os pontos fortes (S, *strengths*) e fracos (W, *weaknesses*) internos da organização e as oportunidades (O, *opportunities*) e ameaças (T, *threats*) externas” (GEORGE, JONES, 2011, p. 181).

Com base em uma prévia explicação sobre a ferramenta, os presentes anotaram em uma folha, os principais pontos fortes e fracos, e as oportunidades e ameaças que perceberam através dos resultados apresentados. Na figura a seguir, apresenta-se a matriz construída através dos pontos mencionados pelos profissionais e gestores:

PONTOS FORTES	OPORTUNIDADES
Bom acolhimento	NASF
Equipe Unida	Vínculo com os usuários
Reconhecimento do território	Trabalhar a prevenção da doença
Motivação	Ampliar a divulgação sobre o funcionamento da ESF
Reuniões para trocas de experiência	
PONTOS FRACOS	AMEAÇAS
Sistema de referência e contra referência	Dificuldade dos usuários no entendimento sobre a lógica da Saúde da Família
Qualificação dos ACS	Falta de reconhecimento
Falta de profissionais com perfil	Liderança negativa na comunidade
Atendimento odontológico	Resistência dos usuários
Análise SWOT das ESFs	
Estrutura física	

8. Considerações finais e sugestões

Os debates em torno da saúde pública no Brasil, mesmo após quase três décadas do Movimento da Reforma Sanitária, ainda, concentram-se na busca pela garantia da universalidade, equidade e integralidade. O que não significa que os avanços neste setor não tenham sido inúmeros. O Município de Santiago/RS tornou-se referência nos serviços de saúde e nos investimentos que realizou nos últimos anos para construção das Unidades de Saúde da Família, as quais contemplam 85% de cobertura do território.

As relações que envolvem a Rede de Atenção à Saúde são inúmeras e todas explicitamente complexas, tendo em vista as particularidades que atravessam cada indivíduo envolvido neste cenário. Foucault em seu livro “Microfísica do poder”, traz algumas definições sobre as relações de poder na sociedade, que podem nos ajudar a compreender o contexto da presente pesquisa:

Quero dizer que em uma sociedade como a nossa, mas no fundo em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso (FOUCAULT, 1996, p. 179).

O corpo social compreende os diversos agentes que fazem parte das relações de poder, o autor ressalta a importância de “uma circulação e um funcionamento do discurso”, este discurso diz respeito a verdade, a troca de informações de forma fidedigna entre os agentes envolvidos.

Percebe-se, após a análise dos resultados obtidos na presente pesquisa certo “desencontro” de informações e de interesses entre o corpo social que compõe o contexto da AB de Santiago.

A humanização, conforme definições da PNH, contempla uma mudança nos métodos de trabalho, na maneira de se relacionar entre usuários e serviços (HUMANIZASUS, 2004). Realizar uma gestão humanizada segue esta lógica, estendendo a humanização para as formas de planejamento dos métodos de trabalho. Como em uma gestão participativa.

A PNAB traz o NASF como uma equipe complementar, que oferece um apoio matricial à Saúde da Família, se compõe por diferentes profissionais (Assistente social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Educador Físico, Psicólogo, entre outros) que prestam um suporte às atividades desenvolvidas na ESF.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, “as estratégias de democratização do setor público de saúde, e do próprio Estado, localiza-se, inevitavelmente, todas as iniciativas, criatividades e formas de participação e gestão participativa” (CONASS, 2007, p. 153).

Pensando nestes questionamentos, foi elaborado o diagrama a seguir, que apresenta um modelo de como pode ser o funcionamento da gestão participativa nas ESFs:

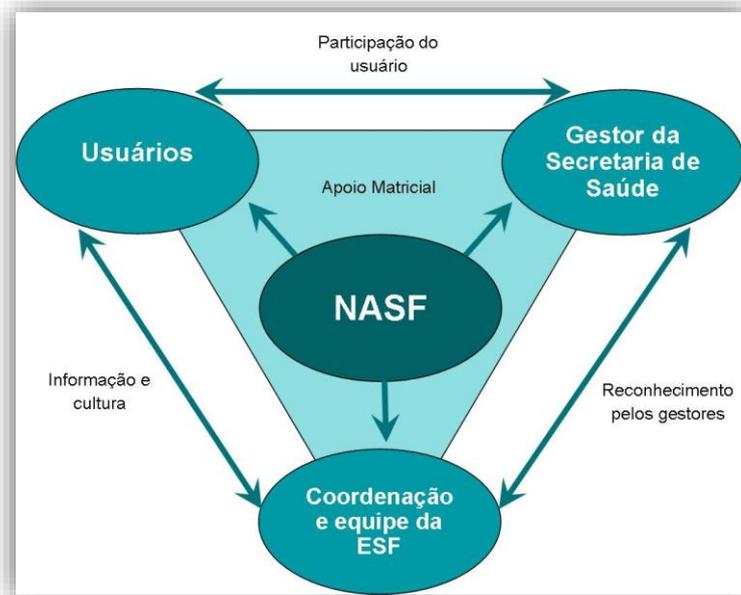


Diagrama da gestão participativa

Fonte: elaborado pelo autor

Na figura acima, apresenta-se um diagrama para desenvolvimento de ações voltadas a uma gestão participativa. O NASF encontra-se no centro, pois o seu suporte pode ser direcionado às três pontas do triângulo. A seguir, são apresentadas algumas ações para minimizar os fatores que interferem para a efetividade da gestão humanizada nas ESFs, conforme identificado no item

✓ Cultura e informação do usuário: Buscar alternativas para informar os usuários sobre a lógica da Saúde da Família. Incluindo na programação de cada microárea reuniões para debater com os usuários o papel de cada profissional do serviço, bem como a organização da ESF.

✓ Sistema de referência e contra referência: Realizar uma pesquisa aprofundada sobre as falhas no sistema de referência e contra referência. Analisar de quais serviços ocorre maior demora no retorno dos encaminhamentos para a ESF. Identificar quais são os motivos desta demora e indicar formas de minimizar as falhas existentes no sistema de referência e contra referência.

✓ Falta de reconhecimento do serviço e investimento pela gestão: Realizar ações de incentivo ao trabalhador da ESF. Revisar o plano de cargos e salários. Promover treinamentos internos sobre métodos de trabalho utilizados pelas próprias ESFs.

✓ Participação dos usuários nas reuniões e grupos da ESF: Aumentar a participação dos usuários nas reuniões e grupos realizados pela ESF. Divulgando, de forma ampliada (cartazes na ESF e chamadas no rádio) os dias e horários em que se realizam a estas atividades; incluir grupos de atividades físicas, reeducação alimentar e orientação sexual para adolescentes; buscar realizar, ao menos as reuniões sobre o funcionamento da ESF, fora do horário comercial, para que um maior número de usuários possa participar.

✓ Divulgação dos serviços da equipe de saúde bucal: Reduzir o número de usuários que desconhecem o serviço odontológico das oferecido pelas ESFs. Divulgando a importância da saúde bucal nas escolas, realizando visitas domiciliares e informando aos usuários que procuram a ESF da existência deste serviço.

✓ Disponibilidade de consulta: Padronizar agenda fechada em todas as ESFs. Aplicar o sistema de agenda fechada para agendamento de consultas em todas as ESFs, de modo que o

usuário possa ir na Unidade no início da semana, por exemplo, e agendar a consulta para a mesma semana. Fixar, em local visível da ESF, um cartaz explicativo sobre como ocorre o agendamento de consulta (dia e horário para agendamento e quantas fichas são disponíveis).

Com a presente pesquisa, a administração mostrou-se como algo de extrema importância para a sociedade. Pensar a gestão com um olhar mais humano e menos mecanicista, refletir sobre o quanto as ações estratégicas e os métodos de trabalho podem afetar tanto ao trabalhador quanto ao usuário. Pensar em humanização na gestão faz refletir o quanto o profissional está implicado com o todo, o quanto possui uma visão holística e compreende as particularidades que estão envolvidas em cada objetivo estratégico. Administrar vai além do planejamento, da organização, da direção e do controle, se estende à relacionar-se e relacionar os meios com os fins de forma humanizada.

As políticas de saúde no Brasil se confundem com o desenvolvimento econômico do nosso país. Foi preciso passar por momentos difíceis, onde existia claramente a divisão entre as classes sociais, em que o rico possuía seus médicos e tratamentos especializados e o pobre dependia da caridade das instituições filantrópicas. Os interesses capitalistas sempre pairaram sobre a saúde, construção de hospitais de altíssimo custo, com recursos financeiros oriundos dos fundos previdenciários, a indústria farmacêutica incentivando a medicalização, até que a participação popular passou a tomar força e os movimentos sociais exigiam algo que não devia ser fornecido como um favor para os poucos que contribuía para previdência, mas como um direito de todo ser humano. (PAIM, 2008).

Por se tratar de um público tão heterogêneo, não se pode distinguir raça, credo, poder aquisitivo, ou qualquer outra particularidade de seus usuários. A riqueza do SUS está justamente em sua universalidade, em ser um espaço que acolhe todo ser humano, mesmo que nem sempre as condições de trabalho permitam que seja de forma humanizada.

9. Referências

ALMEIDA, Norberto de Oliveira. **Gerenciamento de portfólio:** alinhando o gerenciamento de projetos à estratégia da empresa e definindo sucesso e métricas em projetos. Rio de Janeiro: Brasport, 2011.

ANDRADE, Arnaldo Rosa de. **Planejamento estratégico:** formulação implementação e controle. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2012.

BERGUE, Sandro Trescastro. **Modelos de Gestão em Organizações Públicas:** Teorias e tecnologias para análise e transformação organizacional. Caxias do Sul: EDUCS, 2011.

BRASIL, Lei nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. 1990.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios..** Brasília: CONASS, 2006.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2007.

_____, Portaria nº 2.488/2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e dá outras providências. Brasília, 2011.

_____. **Política nacional de humanização. HumanizaSUS.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. (Acesso em 12/04/2015).

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996, 12ª edição.

FURASTE, Pedro Augusto. **Normas técnicas para trabalhos científicos:** Elaboração e formatação. Porto Alegre: s.n., 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2007.

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

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____, Jairnilson Silva. **O que é os SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

REZENDE, Denis Alcides. **Planejamento estratégico para organizações privadas e públicas:** guia prático para elaboração do projeto de plano de negócios. Rio de Janeiro: Brasport, 2008.

VIRGILITO, Salvatore Benito. **Pesquisa de marketing:** uma abordagem quantitativa e qualitativa. São Paulo: Saraiva, 2010.

WEBER, Lílian. **PRODUZIR(NOS) ponto COM:** a constituição do coletivo “Rede HumanizaSUS” e a produção cooperativa. 2012. Tese (Doutorado, Programa de Pós-Graduação em administração) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS.