

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**HUMANIZAÇÃO EM AMBIENTE DA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado submetida à
banca examinadora como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente, na área
de Concentração em Saúde e Ambiente.

ALVACI FREITAS RESENDE

Orientador: Prof. Valmira dos Santos, D.Sc.

ARACAJU
Dezembro – 2007

**HUMANIZAÇÃO EM AMBIENTE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Alvaci Freitas Resende

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
AMBIENTE DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE

Aprovada por:

Valmira dos Santos D.Sc. (Universidade Tiradentes)
Orientadora

Marlizete Maldonado Vargas D.Sc.
Universidade Tiradentes (UNIT)

Enêde Andrade da Cruz D.Sc.
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Edilene Curvelo Hora D.Sc.
Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Ricardo Luiz Albuquerque Cavalcanti Junior D.Sc.
Universidade Tiradentes (UNIT)

ARACAJU

Dezembro – 2007

R433h Resende, Alvaci Freitas

Humanização em ambiente da atenção básica à saúde :
representações sociais de agentes comunitários de saúde / Alvaci Freitas
Resende ; orientação [de] Valmira dos Santos. – Aracaju : UNIT, 2007.

92 p. : il. ; 30 cm

Inclui bibliografia

Dissertação(mestrado em saúde e ambiente) – Universidade
Tiradentes

1. Humanização no atendimento na saúde 2. Representações sociais
3. Agentes comunitários de saúde I. Santos, Valmira dos II. Título

CDU : 614.2:159.198

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e aos meus pais que, na medida do possível, concederam-me o melhor e a todos os meus familiares. Em especial a minha mãe, Jocelina Gilda, que é a luz da minha vida e a minha verdadeira professora.

A minha orientadora, Professora Dr^a Valmira dos Santos, que, com muita paciência e extrema competência, ensinou-me a desenvolver esse trabalho, como também a beleza e humildade de um coração iluminado que ela sempre teve comigo.

A todos os professores do mestrado que sempre se disponibilizaram a me auxiliar em todos os momentos que foram acionados, como também os colegas dessa primeira turma do mestrado (maravilhosa).

Agradeço a todos os meus alunos da UNIT, em especial aqueles que estiveram comigo em Lagarto, como Maisa, Alexandro Anjos, Ivan Rodrigues, Rubinho, do curso de Educação Física e Rodrigo Brito, do curso de Direito.

A todos os meus maravilhosos amigos professores da UNIT, que vibraram quando fui aprovado e sei que agora também estão vibrando com a defesa e conclusão de mais uma batalha da minha vida, em especial a geógrafa Silveira pelo mapa de Sergipe.

Aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), coordenadores, e todos os profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Lagarto, em especial a coordenação do Grupo Humanizado de Trabalho (GTH) e todos da Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe, em especial ao Núcleo Estadual de Humanização. A coordenação Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

A direção, coordenação e colegas de trabalho da Faculdade de pós-graduação, as minhas colegas psicólogas, aos colegas da Clínica CAOM, amigos da SOESPI e aos meus pacientes, que muitas vezes foram fontes de inspiração.

A todos os meus amigos que de forma prestimosa atenderam aos meus pedidos. Prefiro não citar nomes, pois são muitos AMIGOS especiais, que foram e sempre serão importantes na minha jornada de vida. Obrigado a todos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
1.1 Breves considerações acerca dos Conceitos Humanismo e Humanização	13
1.2 A História da Humanização na Saúde	16
1.2.1. Proposta da Política Nacional de Humanização	20
1.2.2 Política de Humanização no Estado de Sergipe	22
1.3 A Teoria das Representações Sociais	23
1.4 Métodos e Técnicas de Coleta de Dados das RS	27
2 METODOLOGIA APLICADA	30
2.1 Tipo de Estudo	30
2.2 Cenário do Estudo	31
2.2.1 Caracterização do Município de Lagarto	32
2.3 Instrumentos e processos de coleta de dados	33
2.4 População / Sujeitos	35
2.4.1 Caracterização dos Sujeitos	36
2.5 Técnica de Tratamento dos Dados	37
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
3.1 Estruturas das representações sociais da humanização do atendimento ao usuário em Unidade Básica de Saúde	40
3.2 Caracterização do conhecimento e percepção do senso comum sobre atendimento humanizado elaborados por Agentes Comunitários de Saúde	46
3.2.1 O conhecimento sobre atendimento humanizado (Categoria1)	47
3.2.2 Caracterização do atendimento humanizado nas UBS (Categoria 2) .	53
3.2.2.1 Quanto à concepção do atendimento humanizado como respeito, atenção e carinho.	53
3.2.2.2 Quanto à concepção do atendimento humanizado em relação à falta de profissionais de saúde nas UBS.	55
3.2.3 A percepção do ACS referente ao ambiente da UBS (Categoria 3)	56
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
6 ARTIGO – AMBIENTE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	76
APÊNDICES	93
A – Instrumentos de coleta de dados – questionário e entrevista	94
B – Termo de consentimento livre e esclarecido	96
C – Dicionário de palavras evocadas e sinônimos	97
D – Unidades de análise	102
E – Evocação das palavras	115
F – Categorias e indicadores	118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de Sergipe – Representações Sociais 2007	31
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Características dos sujeitos – Dados de identificação. N.108 – Aracaju, SE, 2007.	36
Quadro 2 – Visualização do núcleo central – humanização do atendimento ao usuário em UBS segundo frequência e ordem média de palavras evocadas. N. 108 – Aracajú- SE, 2007	41
Quadro 3 – Categorias e subcategorias do conhecimento e percepção do senso comum sobre atendimento humanizado, elaborados por Agentes Comunitários de Saúde. Aracaju, Sergipe, 2007.....	46

HUMANIZAÇÃO EM AMBIENTE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Alvaci Freitas Resende

A pesquisa teve como objetivo geral analisar as Representações Sociais da humanização no atendimento elaboradas pelos agentes comunitários de saúde de Unidades Básicas do município de Lagarto-Sergipe-Brasil. A humanização no atendimento é uma política preconizada pelo Ministério da Saúde, denominada Política Nacional de Humanização. Essa Política preconiza a adoção de princípios e marcas norteadoras de humanização. O estudo é descritivo e analítico de abordagem de análise multimetodológica, desenvolvido segundo a Teoria das Representações Sociais. Foi realizado no município de Lagarto, com dados coletados de Abril a Maio de 2007, sendo a amostra composta de 108 agentes comunitários de saúde. Para coleta, utilizamos um formulário constituído de três partes denominadas A, B e C. Sendo parte A: identificação do agente comunitário de saúde; parte B: teste com questões abertas para expressão de associação livre de palavras referente à humanização; e parte C: questões sobre as representações. Para análises das associações livres de palavras e expressões, foi utilizado o software EVOc, que realiza cálculo estatístico e construção de matrizes de co-ocorrências, o qual serviu de base para a construção do quadro de quatro casas e ilustrar as palavras que constituíram o núcleo central das representações. Foi utilizada a análise de conteúdo para avaliar as representações sobre o atendimento humanizado, as experiências no atendimento e a percepção do ambiente das Unidades Básicas de Saúde. Diante da expressão indutora, foram evocadas 540 palavras. Destas, oito palavras constituem os elementos centrais de representações. A palavra respeito obteve a maior frequência, 62%, seguida das palavras atenção e amor que obtiveram 58% e 42%, respectivamente. São positivas, todas as palavras que compõem o núcleo central de representações sobre a humanização no atendimento. Quanto à análise de conteúdo da percepção sobre o atendimento humanizado e o ambiente nas UBS, pode-se observar que, o atendimento humanizado significa atender com atenção, com atitudes de amor e responsabilidade. O conteúdo dessa categoria confirma os principais elementos evocados que compõem os elementos centrais do quadro das representações. Como conclusão, observa-se que a palavra respeito, a mais evocada, evidencia e expressa uma aproximação do que há de mais fundamental no sentido de humanização posta como política de saúde, que tem como prerrogativa a saúde como o direito de todos e dever do Estado.

Palavras-chaves: humanização no atendimento na saúde; representações sociais; agentes comunitários de saúde.

HUMANIZATION IN ENVIRONMENT OF THE BASIC ATTENTION TO HEALTH: SOCIAL REPRESENTATIONS OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

Alvaci Freitas Resende

This research had the general objective to analyze the Social Representations of the humanization in the attendance made by the community health agents in Basic Units in the city of Lagarto-Sergipe-Brazil. The humanization in the attendance is part of the policy recommended by the Ministry of Health named National Policy of Humanization. This policy recommends the adoption of principles and marks for humanization. This study uses descriptive and analytical approach of multi-methodological analysis, developed according to the Theory of Social Representations. It was carried out in May 2007 in the city of Lagarto and its data collected between April and May. The sample was composed of 108 community health agents. For data collection, we used forms consisted of three parts called A, B and C. In part A, we had the identification of the community health agent. In part B there was a test with open questions for expression of association of free words referring to humanization. Finally in part C, there were questions on the representations. For the analysis of association of free words and expressions we used the software EVOC, which performs statistical calculation and the construction of co-occurrences matrices, which was the basis for the construction of the framework of four houses and to illustrate the words that constituted the central nucleus of the representations. It was used the content analysis to analyze the representations on the humanization attendance, the experiences in the attendance, and the perception of the environment of the Basic Health Units. Given the inducing expression, 540 words were evoked. Out of these, 8 words constitute the central elements of the representations. The word 'respect' was the most frequent with 62%, followed by the words 'attention' and 'love' with 58% and 42% respectively. All words which compose the central nucleus of representations on the humanization in the attendance were positive. As for the content analysis of perception on the humanization attendance and the environment in the Basic Health Units, the humanization attendance means attending with attention, with attitude of love and responsibility. The content of this category confirms the main evoked elements which compose the central elements of the representations framework. As a conclusion, it is observed that the word 'respect', the most evoked, highlights and expresses an approach with what is the most fundamental in the humanization defined as health policy which has as prerogative health as the right of everyone and duty of the State.

Key words: Humanization in the attendance in Health; Social representations; community health agents.

INTRODUÇÃO

No contexto atual, com o incremento da globalização, enfrentamos um momento de mudanças abruptas em nossa sociedade, que, conseqüentemente, refletem sobre os serviços de saúde, suscitando cobranças de toda ordem. Entre essas cobranças, podemos ressaltar a necessidade de melhoria no atendimento à saúde da população.

A partir da nossa experiência profissional no desenvolvimento de atividades práticas junto ao Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de Sergipe e, posteriormente, ministrando aulas para graduação e pós-graduação, tivemos oportunidades de vivenciar situações complexas enfrentadas por trabalhadores no exercício de suas atividades profissionais no campo da saúde. Nesse, também presenciamos situações enfrentadas por usuários em cenas envolvendo o atendimento oferecido em diversos serviços de saúde. Com freqüência, ouvimos relatos configurados como queixas, dando a entender a necessidade de um atendimento humanizado nos serviços de saúde, em instituições públicas ou privadas, ainda que com características e intensidades distintas.

Essa experiência se constituiu um desafio e um estímulo para o desenvolvimento de uma pesquisa de campo, na qual pudessem conhecer o entendimento de profissionais de saúde a respeito do conceito do quem vêm a ser a humanização no atendimento em saúde. O que representa para os profissionais um atendimento humanizado? Para tanto, foi utilizado como referencial teórico estudos sobre humanismo e humanização, e a Teoria das Representações Sociais. Dentre os profissionais de saúde, escolhemos os agentes comunitários de saúde, pelo fato destes estarem mais em contato com a comunidade e, conseqüentemente, terem o papel de tradutor do universo científico ao popular, atuação como facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde e ouvidor das queixas dos usuários da saúde no nível de atenção básica.

Nas disciplinas cursadas neste mestrado, tivemos a oportunidade de ratificar nossa motivação para um estudo envolvendo este tema. Vimos que a preocupação com o ambiente, envolvendo a saúde humana, remonta a antiguidade. E a inclusão do ambiente no discurso da saúde ganhou relevo a partir de 1972, com a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente Humano, realizada na Suécia, da qual participou uma delegação brasileira (IBAMA, 2006). Desta Conferência, resultou a Declaração de Estocolmo, que proclama o homem ao mesmo tempo, criador e criatura do meio ambiente que lhe dá sustento físico e lhe oferece a oportunidade de desenvolver-se intelectual, moral, social e

espiritualmente. E que o meio ambiente natural ou criado pelo homem é essencial para o bem estar e para o gozo dos direitos humanos fundamentais. No mesmo ano, o Relatório Lalonde identifica o ambiente como um dos determinantes de saúde, além da biologia e do estilo de vida (BRASIL, 2006).

Em 1978, na Primeira Conferência sobre Cuidados Primários à Saúde realizada em Alma Ata, na antiga União Soviética, a saúde foi reconhecida como um direito fundamental, bem como o ambiente como determinante da saúde. Anos após, 1998, na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, foi reafirmado o entendimento da saúde como um direito humano e o ambiente como um dos principais determinantes de saúde (BRASIL, 1986).

Segundo a Carta de Ottawa (BRASIL, 1986, p. 7), “[...] para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”. As Conferências subsequentes continuaram a reforçar a importância de se criar ambientes saudáveis e humanos.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 200, atribui ao Sistema Único de Saúde, o dever de colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho e reserva o capítulo VI ao meio ambiente (BRASIL, 1990).

Em 2002, na XIII Conferência Nacional de Saúde foi discutida, pela primeira vez, a humanização na saúde. Naquela oportunidade, foram retomadas as recomendações da Carta de Ottawa referentes à organização dos serviços, incluindo o conceito de ambiência com intuito de contribuir no atendimento humanizado nos serviços de saúde. Após dois anos, foi implantada a Política Nacional de Humanização na saúde, denominada PNH ou HumanizaSUS (CZERESNIA, 2003).

Embora a humanização do atendimento na saúde seja uma aspiração dos usuários dos serviços, tem sido tímido o investimento em pesquisas sobre humanização. E, até o presente momento, não foram identificados trabalhos referentes ao entendimento que os profissionais de saúde têm sobre a humanização no atendimento à saúde. Entendemos que a pesquisa em pauta é de relevância principalmente para o Estado de Sergipe, pois, possivelmente, apresentará resultados, os quais poderão subsidiar os gestores na melhoria do planejamento e execução de ações visando o atendimento humanizado nas Unidades Básicas de Saúde. Além disso, os resultados poderão levar as instituições formadoras de

profissionais da área da saúde a incluírem a humanização como um dos temas transversais nas propostas pedagógicas dos cursos. Assim, justifica-se a realização desta pesquisa.

Este estudo tem como objetivo analisar as Representações Sociais da humanização no atendimento, elaboradas pelos agentes comunitários de saúde de Unidades Básicas do município de Lagarto/Se. E para intermediar a análise, foram verificados processos como: a) a caracterização dos agentes comunitários de saúde, considerando seus aspectos pessoais e profissionais; b) a identificação das Representações Sociais sobre humanização; c) a diferenciação das Representações Sociais sobre humanização sob a ótica dos agentes comunitários de saúde; d) a descrição das Representações Sociais sobre o atendimento humanizado e e) como os agentes percebem o ambiente das Unidades Básicas de Saúde onde trabalha.

Este trabalho foi desenvolvido em seis partes apresentadas nessa ordem: o percurso histórico dos conceitos humanitas, humanismo e humanização; a história da humanização na saúde; a Teoria das Representações Sociais; a metodologia; a análise e discussão e considerações finais.

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Breves considerações acerca dos Conceitos Humanismo e Humanização

Para contextualizar o objeto do estudo, que são as representações sociais da humanização do atendimento na saúde, sentimos a necessidade de investigar a origem do termo humanismo e sua derivada humanização. Identificamos que, embora os filósofos gregos tivessem se ocupado com o tema no contexto da *paidéia*, coube a Cícero, político e orador romano que viveu no século 104-43 a. C, “pensar e expressar o termo *humanitas* para designar o conjunto de ações no cuidado à formação humana. Assim, o *homo humanus* surge para contrapor-se ao *homo barbarus*” (HEIDEGGER, 1979, p.7).

Na biografia semântica do conceito de *humanitas*, podem-se identificar duas expressivas etapas. A primeira equivale à clemência como sinônimo de misericórdia, mansidão e filantropia. A segunda, evolução semântica, assumiu a concepção de condição humana numa dupla significação, como estilo ou forma de vida superior à dos bárbaros e como perfeição da natureza humana, o que aponta uma radical oposição entre o homem e o animal, entre o homem e as coisas (MELO, 2005).

O humanismo alcançou status de movimento e, ao longo dos séculos, contou com a contribuição de pensadores como Emmanuel Kant, considerado como um dos maiores teóricos do humanismo, Søren Kierkegaard, Karl Marx, Engels, Heidegger, Karl Rogers, Sartre, Morin, Paulo Freire e tantos outros (MOLINA, 2002).

Nesse sentido, Heidegger (1979, p. 152), em suas cartas sobre o humanismo, manifesta questionamentos contundentes do tipo: *Para onde se dirige “o cuidado”, senão no sentido de reconduzir o homem novamente para sua essência? Que outra coisa significa isto, a não ser que o homem (homo) se torne humano (humanus)?*

Todos os tipos de humanismo que, desde então e até o presente, têm surgido, pressupõem como óbvia a *essência* universal do homem (HEIDEGGER, 1979, p.9). Esse filósofo apresenta uma preocupação com o homem no sentido de que não perca a sua essência, enquanto ser social, que o ambiente vivido não o torne desumano, incapaz de perceber a si e ao outro.

Carl Rogers (1992), o estudioso mais conhecido da psicologia humanista, conceitua humanismo como “a valorização ou a ênfase, [que] está no presente, no aqui e agora, e na capacidade de mudança, de escolha do indivíduo”.

Para tanto, destaca os principais pressupostos do humanismo segundo Norma abaixo (1994, p.9):

a natureza humana é intrinsecamente boa; os indivíduos são livres e autônomos, e que eles são capazes de fazer grandes escolhas pessoais; o potencial humano para o crescimento e desenvolvimento é virtualmente ilimitado; o auto conceito desempenha um papel importante no crescimento e desenvolvimento.

Nesse sentido, segundo Cruz (2003), a valorização à capacidade de mudança e escolha dos indivíduos estão diretamente influenciadas pelo contexto em que vive. Seus valores, crenças e ideologias podem ser encontradas, através de estudos das representações sociais (RS) que, segundo Jodelet (2001), constituem-se em fenômenos complexos que são sempre acionados, na vida social, ou de incluir-se no ambiente de trabalho.

Essa autora destaca ainda, que é através da riqueza dos acontecimentos (fenômenos) do cotidiano, que se pode descobrir a diversidade de informações cognitivas normativas, ideológicas, valores, crenças, opiniões, atitudes e imagens.

Assim, enquanto a teoria humanista busca valorizar a bondade nas pessoas e no potencial humano, como parte do processo terapêutico, que é entendido como libertar o indivíduo, ou seja, fazê-lo acreditar que serão felizes e satisfeitos com a vida na concepção de Rogers (1982), as RS, segundo Moscovici (2003), busca considerar o comportamento humano resultante da ação integrativa intencional como comportamento simbólico, enquanto produto dos processos de comunicação, interação social e influência, no contexto das relações grupais, no que se refere à orientação do grupo de pertença.

Outro teórico que trata da questão já estudada por Rogers, é Maslow que elabora na sua teoria, a pirâmide da hierarquia das necessidades básicas, na ótica da psicologia humanista (FRICK,1975). Esse teórico humanista acreditava que as pessoas se desenvolvem em vários níveis até chegar ao topo ou a auto-realização.

Segundo Cloninger (2003), a pirâmide é dividida em cinco níveis: i) na base. necessidades fisiológicas, que se refere as necessidades primárias, como por exemplo, beber água, sono, sexo e alimentação; ii) necessidades de segurança, a pessoa necessita de envolvimento de outros em uma forma de proteção e viver em uma situação segura; iii) necessidade de amor e pertença, a pessoa busca receber e dar amor, amizade e companheirismo, a falta desta situação, leva a um desajuste do indivíduo na sociedade; iv) estima, a necessidade de amor-próprio e auto-respeito e v) auto-realização, que é o nível mais alto da pirâmide, nesse nível superior, a pessoa não apresenta tantas deficiências, mas sim, necessidade de preencher o seu potencial.

Apesar da contribuição de Maslow, é Carl Rogers o psicólogo mais lembrado quando se fala em psicologia humanista, no entanto, é criticado “de ser otimista demais no tocante à natureza humana, deixando de reconhecer a extensão da capacidade humana para o mal” (CLONINGER, 2003, p.477).

Nesse sentido, Lévitás (1993), ao admitir que o humanismo encontra-se em crise, alude que a crise humanística, em nossa época, tem, sem dúvida, sua fonte na experiência da ineficácia humana posta em acusação pela própria abundância de nossos meios de agir e pela extensão de nossas ambições, que coadunam com os pensamentos de Jodelet (2001) e Moscovici (2003).

O homem, como um ser complexo e rodeado de situações diversas, seja de auto-realizar-se ou de compreender o outro, busca na expressão “humanizar” que, segundo Ferreira (1988, p.346), é “tornar humano, civilizar, dar condição humana” nas suas relações sociais. Assim, “só os homens são capazes de promover e de se submeter a um processo de humanização, e como processo, este se encontra em constante transformação, sofrendo as influências do contexto em que ocorre” (RIZZOTTO, 2002, p.197).

Essas afirmações também se harmonizam com as reflexões de Pearce (1996) e Abric (2000) que destacaram a necessidade de retornar ao contexto, no qual ocorrem as interações sociais, pois nada tem significado fora do contexto, no qual as atividades são desenvolvidas, vez que o contexto é concebido pela pessoa ou parcialmente pelo grupo. Portanto, as RS sobre humanização, no atendimento ao usuário em UBS pode evidenciar os elementos resultantes, não só das circunstâncias, como do processo de comunicação inerente ao grupo dos ACS, que tem sua existência própria, independente das manifestações individuais.

No contexto brasileiro, o setor saúde é um dos campos que espelha nitidamente a limitada eficácia humana, quer pelo modelo de atenção à saúde, ou pelo modelo de gestão, quer pela formação dos profissionais, suas condições de trabalho, que constituem o conjunto de fatores indutores de atitude e decisões desumanas.

Ao considerar o presente como um momento de grande importância para o indivíduo e a valorização de suas concepções, faz sentido investigar o que a humanização representa para os agentes comunitários de saúde, uma vez que esses atuam diretamente junto a comunidade e os demais profissionais da atenção básica. Entretanto, é pertinente pontuar alguns momentos da trajetória histórica da humanização na atenção à saúde.

1.2 A História da Humanização na Saúde

Benevides e Passos (2005) defendem que no momento em que surge a humanização como aspecto fundamental nas políticas de saúde, urge que o conceito de humanização seja reavaliado. As autoras enfatizam que a amplitude do conceito de humanização já foi e continua sendo palco de muitos debates.

[...] suas possibilidades interpretativas variam desde o senso comum do “ser bom com o outro que sofre” num mix de altruísmo criativo e humanismo naif, passando por leituras essencialistas da busca do que seria o fundante do Humano, até as leituras de um humanismo revisitado, aberto sinergicamente ao singular de cada experiência humana. (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.58).

A preocupação com a humanização nos serviços realizados em nome da saúde, não é recente. Toledo (2007) sugere que a primeira iniciativa de humanização surgiu com o edifício hospitalar, presente no pensamento e na atuação do filósofo persa Avicena que viveu entre os anos de 979 e 1037.

No Ocidente, os europeus somente começaram a tratar do assunto no final do século XVIII, quando estabelecidas as diretrizes para a criação de uma nova proposta hospitalar chamada por Michel Foucault de hospital terapêutico (TOLEDO, 2007). Em meados do século XIX, a enfermeira Florence Nightingale, reconhecida por reduzir os índices de morte por infecção de soldados na guerra da Crimeia e por cuidar desses soldados de forma humana, foi convidada a prestar seus serviços nos hospitais ingleses com o intuito de humanizar a assistência aos enfermos.

Molina (2002) entende que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, marco humanístico do século XX, deveria ocupar lugar central na construção de um paradigma para a humanização da assistência à saúde e na formação dos profissionais de saúde. Mesmo na ausência desse paradigma, no Brasil, os questionamentos e as discussões acerca da humanização da assistência no campo da saúde remontam algumas décadas (RIZZOTTO, 2002).

As primeiras publicações sobre o tema têm registro a partir do final da década de 50 do século XX e foram realizados em contextos hospitalares. A maioria dos textos das décadas de 1950, 1960 e 1970, compreende a humanização como uma possibilidade de resgatar valores caritativos e religiosos. A humanização também é enfocada de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com o doente, assim como às questões administrativas de instituição, mostrando-se desarticuladas das dimensões político-sociais do sistema de saúde (CASSATE; CORREA, 2004). É pertinente pontuar que, à época, o modelo de assistência no país era centrado no atendimento curativo, especializado, individual, hospitalocêntrico e não se constituía como um direito de todos.

Nas duas décadas subseqüentes, já aparece a ênfase na necessidade de humanizar os serviços de saúde, relacionando-a a organização do serviço em termos de investimento na sua estrutura física, pertinentes considerações sobre arquitetura, o mobiliário, e os equipamentos como elementos fundamentais (CASSATE; CORREA, 2004).

Nos anos 80, no calor do Movimento da Reforma Sanitária, questionava-se o modelo assistencial vigente, centrado na figura do profissional médico, no biologicismo e nas práticas curativas. Para Rizzotto (2002, p. 197),

Este modelo, segundo as críticas, era muito especializado e caro, enfatizava a doença em detrimento da promoção e da prevenção à saúde e configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema.

Ainda, segundo essa autora, com o resultado do Movimento de Reforma Sanitária e as lutas populares que marcaram os anos setenta e oitenta, emerge um novo projeto de saúde para o país, que traz consigo a possibilidade de resolver grande parte dos problemas deste setor público. Este projeto chamado SUS – Sistema Único de Saúde, carrega nas suas entranhas os princípios e as diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país. Esse projeto garante o acesso universal, gratuito e integral a todos os brasileiros, e retira o caráter de mendicância para

transformá-lo em direito assegurado no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, na seguinte redação:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, p.88).

Em seguida, obedecendo a mandamento constitucional, o Poder Público regulou – por meio de leis nacionais - as ações e os serviços públicos ou assemelhados [...], por meio das leis federais nº 8080\90 e 8142\90, incluindo, no seu ideário, a organização da rede de atendimento à saúde a partir da Atenção Básica.

A Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade. [...] orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo e participação social (BRASIL, 2003, p.89).

O Sistema Único de Saúde instituído contempla, no seu ideário, a organização da rede de atendimento à saúde a partir da Atenção Básica, recomendando como filosofia a prática do atendimento humanizado. A Atenção Básica, enquanto porta de entrada do cidadão brasileiro ao sistema público de saúde, inclui a humanização do atendimento considerando a ambiência, e como uma de suas ações, o acolhimento ao usuário (SOUSA, 2002)

Ressaltamos que a mudança do modelo está diretamente relacionada também ao problema da desumanização do atendimento prestado, nas diferentes modalidades assistenciais em instituições públicas ou privadas, ainda que com características e intensidades distintas (MERCADANTE, 2002).

O Ministério da Saúde, para colocar em prática o pressuposto na Constituição Federal em relação aos princípios básicos do SUS, no que se refere à organização tradicional dos serviços de saúde, implantou no país, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com propostas de mudanças no paradigma de assistência pública tradicional à saúde (KLUTCHCOVSK e TAKAYANAGUI, 2006).

Klutchcovsk e Takayanagui (2006) afirmam que o PACS logo gerou demanda crescente nos serviços de saúde. Então o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), adotado como estratégia para reorientação do modelo assistencial, reconhecida como sendo a política pública de maior potencial para alcançar, com custos suportáveis, a universalização do acesso à atenção integral. Esse programa tem como um dos princípios o trabalho em equipe.

A equipe do PSF é composta, minimamente, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Recomenda-se o limite de atendimento a 4.500 pessoas por equipe. A depender da concentração de famílias no território sob a responsabilidade, a Unidade de Saúde da Família, também denominada Unidade Básica, atua com uma ou mais equipes de profissionais (MERCADANTE, 2002).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco às quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (NUNES *et al.* 2002; KLUTCHCOVSK e TAKAYANAGUI 2006).

O Agente Comunitário de Saúde seria pessoa moradora das próprias comunidades com as seguintes atribuições: analisar as necessidades da comunidade, atuar nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, participar das ações de saneamento básico e melhoria do ambiente, participar das reuniões da equipe de saúde e outros eventos de saúde com a comunidade (NUNES *et al.* 2002).

O ACS teria também o papel de tradutor do universo científico ao popular, atuando como facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde. Podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontram-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes, tanto em comunidades rurais e periferias urbanas, quanto em municípios altamente urbanizados e

industrializados, na tentativa de fazer valer e garantir o acesso universal, gratuito e integral a todos os brasileiros; reafirmando com isso, os princípios e as diretrizes do SUS, que segundo Rizzotto (2002, p.197), poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país.

Puccini e Cecílio (2004, p. 1345), no estudo sobre *a humanização dos serviços e o direito à saúde*, constata algumas direções fundamentais em diversos trabalhos sobre humanização, publicados nas revistas científicas da área de saúde. Nesses trabalhos, a humanização, ora aparece como uma noção de amenização da lógica do sistema social, centrado, sobretudo, numa crítica à tecnologia e como tentativa de criar um *capitalismo humanizado*; ora como uma busca de uma essência humana perdida; ora como uma negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da *práxis* humana; ora como processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato assistencial; ora como valorização de direitos sociais.

Convém ressaltar que a maior parte dos trabalhos que permitiram tais direções, foram produzida na década de 1990, período de transição do modelo de assistência à saúde centrada no atendimento curativo, hospitalocêntrico, especializado e individual, oposto a um modelo que preconiza princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, e a valorização da dignidade do trabalhador e do usuário.

1.2.1. Proposta da Política Nacional de Humanização

Segundo Deslande (2004, p.8), "o termo 'humanização' tem sido utilizado com freqüência no âmbito da saúde". O autor enfatiza a importância do atendimento humanizado na assistência hospitalar no que se refere ao cuidar do paciente, respeitando sua individualidade, subjetividade e cultura em que ele se encontra.

Para viabilizar a humanização do atendimento, foi inicialmente implantado pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, sob a Portaria GM/MS nº 881, de 19 de junho de 2001, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Trata-se, obviamente, de uma política pública que procura além de construir - no sentido restrito de elaborar-instituir um novo modelo de atendimento e funcionamento das Unidades de Saúde (SERGIPE, 2004).

Neste sentido,

A legitimidade da temática ganha novo status quando, em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da 11ª Conferência nacional de saúde, realizada em dezembro do mesmo ano (DESLANDE, 2004, p.8).

A partir de 2003, o Ministério da Saúde propôs a mudança deste programa para uma política nomeada como Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde: HumanizaSUS (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade, a produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e da participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão no processo de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006).

Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006, p.5)

A partir dessa proposta, a Humanização passa a ser definida como uma política, e não mais, como programa, dessa forma, implica ser tomada como diretriz política transversal na medida em que são perpassadas todas as ações e instâncias de efetuação, além de traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Bem como, pautar-se pela construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e de produção de sujeito (BRASIL, 2006).

No tocante aos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização, cabe destacar: o aumento do grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, implicando mudanças na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho; a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integrados e promotores de compromissos; a garantia de condições para que os profissionais atuem de modo digno e

participem como co-gestores do sistema, incluindo o fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais (BRASIL, 2006).

1.2.2 Política de Humanização no Estado de Sergipe

No Estado de Sergipe, a política de humanização do atendimento foi adotada pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) em maio de 2004. Lagarto foi o primeiro município onde foi implantada a Política Estadual de Humanização, ocorrida em julho desse mesmo ano. O processo de implantação teve, como primeira ação, uma oficina de sensibilização, que precedeu a capacitação. Participaram desta oficina e da capacitação os profissionais de saúde, inclusive os agentes comunitários de saúde, representantes dos usuários e gestores (SERGIPE, 2004).

Foi implantada, na SES de Sergipe, a Política Estadual de Humanização, com a criação do Núcleo Estadual de Humanização, com sede na própria Secretaria, a partir disto, foi criada a Comissão Estadual de Humanização, vinculada ao Núcleo Estadual de Humanização, que é vinculado a Gerência de Políticas Especiais e Ações de Saúde, que é ligada a Gerência Geral de Gestão e Políticas de Saúde, conforme a proposta do novo Organograma da SES. A Comissão teve como finalidade desenvolver ações, planejamento, execução e controle da Política Estadual de Humanização (SERGIPE, 2005).

A Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe estabeleceu como competência da Comissão Estadual de Humanização, o seguinte:

I – Elaborar e gerir a política do plano Estadual de Humanização; II – Desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados das ações; III – Implementar e acompanhar os Núcleos de Humanização, em nível regional e local, fornecendo assessoramento técnico; coordenar o Núcleo de Humanização, com base na Política Nacional de Humanização (PNH), identificando as necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo de saúde; traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeito da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de sujeitos e oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; IV – Difundir a cultura de atendimento humanizado junto aos segmentos vinculados a SES; V – Estimular e orientar a capacitação dos profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde para uma assistência humanizada e, VI – Buscar realização de parcerias e troca de conhecimento e experiências intersetoriais e interinstitucionais (SERGIPE, 2005 p.6).

Dada a complexidade do fenômeno – humanização no atendimento a saúde e os objetivos deste trabalho – a Teoria das Representações Sociais se mostra como a mais indicada para alcançar esses objetivos, uma vez que esta teoria, como qualquer outra teoria

da Psicologia Social, faz uso de método sistemático para observar, analisar e compreender o fenômeno do conhecimento do senso comum. Além de suportar a utilização de vários métodos, a Teoria das Representações Sociais também utiliza inovação das estratégias metodológicas (MOSCOVICI, 1978). Como trataremos no item seguinte.

1.3 A Teoria das Representações Sociais

Segundo Minayo (2002), do ponto de vista sociológico, Durkheim é o autor que primeiro trabalha explicitamente o conceito de Representações Sociais, entendidas por ele como Coletivas. O termo se refere a categorias do pensamento, através das quais, determinado grupo ou sociedade, elabora e expressa sua realidade. Essas categorias não são dadas *a priori* e não são universais na consciência, mas surgem ligadas aos fatos sociais passíveis de observação e interpretação.

Embora as Representações Sociais, relacionadas com a sociologia de Durkheim, e com raízes nos fundamentos antropológicos propostos por Lévi-Bruhl, na Teoria da Linguagem de Saussure, nas representações infantis de Piaget, na teoria do desenvolvimento cultural de Vigotsky e, de certo modo, na teoria do inconsciente coletivo de Jung, que descobriu a existência de um padrão nas imagens constituídas pelos delírios e alucinações de psicóticos, o que inegavelmente sinaliza a conformação de um estado mítico, semelhante a que posteriormente Durkheim chamou de Representações coletivas. Tais imagens, chamadas por Jung de “imagens primordiais”, pareciam refletir conceitos e comportamentos humanos no âmbito universal, como um estigma social. Muito embora, a antropologia acene em discordância, aludindo a uma teoria migratória, esta sim responsável por quaisquer padrões comportamentais, Jung se convenceu, a tal ponto, de sua teoria que a chamou de “inconsciente coletivo”, parte da psique humana constituída por instintos e arquétipos (MESTRE; PINOTTI, 2004).

Serge Moscovici desenvolveu e mencionou pela primeira vez o conceito de Teoria das Representações Sociais em seu estudo na tentativa de compreender mais profundamente de que forma a Psicanálise, ao sair dos grupos fechados e especializados, é apropriada pelos grupos populares. Moscovici (1978, p. 181) refere que por Representação Social (RS) “entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana, no curso de comunicações interpessoais,... que podem também ser vista como a versão contemporânea do senso comum (1978, p.181).

No sentido usual atribuído à expectativa das representações sociais, como “entidades quase tangíveis”, Moscovici (1978) as impregnava de uma justeza quase material ao afirmar que “circulam, cruzam-se e se cristalizam [...] através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano”. Entre os conteúdos de elaboração de uma dada relação social e a prática produzida a partir destes conteúdos, nota-se a adequação destas atitudes, que, em certa medida, podem ser traduzidas como comportamentos. Nas palavras de Moscovici (1978, p. 41)

[...] a maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnados. Sabemos que as representações sociais correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância, tal como a ciência e os mitos correspondem a uma prática científica e mítica. Entretanto, se a realidade das representações sociais é fácil de apreender, não o é o conceito [...]

Segundo, Jodelet apud Sá (1998), as Representações Sociais (RS) são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. Ou seja, são formas de pensamento e conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos, tais como, as teorias, as palavras, as imagens e os conceitos, mas que não se reduzem jamais só aos componentes cognitivos. Para a autora:

O conceito de representação social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. Mais amplamente, designa uma forma de pensamento social. As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal. Enquanto tais, elas apresentam características específicas no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica (SÁ, 1998, p. 32).

Muitos são os elementos que podem explicar a gênese das representações sociais. No entanto, nem todos têm a mesma importância. Alguns são essenciais e outros secundários. Considerando o conhecimento existente num grupo, podem ser identificados duas fontes ou universos. O primeiro, o consensual, está voltado para o senso comum, o qual se refere à forma pela qual os objetos definidos pelo universo reificado são incorporados ao conhecimento já existentes em indivíduos e grupos na sociedade. Já o reificado está voltado para o conhecimento científico, o qual dita a forma como diferentes objetos devem ser entendidos pela sociedade em geral (ARRUDA, 2002).

O conhecimento do universo consensual (as representações sociais) é desenvolvido a partir de dois fenômenos: objetivação e ancoragem e seus desdobramentos como o núcleo central e os sistemas periféricos (MOSCOVICI, 1978).

A objetivação é definida por Moscovici (1978) e Sá (1996) como uma forma de operação mental, criada através da imagem e da estrutura. Segundo Franco (2004), objetivação pode ser definida como a transformação de uma idéia, de um conceito, ou de uma opinião em algo concreto.

Sá (1996) explica que a ancoragem é a integração cognitiva de algo novo ou de outros elementos do conhecimento, estranhos e ameaçadores, a partir da incorporação e interpretação de elementos do saber em uma rede de categorias familiares e imagens diárias.

Torna-se, pois, importante conhecer, compreender, e agir no campo da representação social, respeitando sua organização, quer dizer, a hierarquia dos elementos que a constituem e as relações que esses elementos mantêm, estreitamente, entre si. Ambas, portanto, apesar de terem propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana. As representações sociais constroem-se, mais freqüentemente, na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques (OLIVEIRA, 2004).

Para Moscovici (1978), os indivíduos não são apenas processadores de informações, nem meros portadores de ideologias ou crenças coletivas. Os indivíduos são portadores ativos que, mediante inúmeros episódios cotidianos de interação social, produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções específicas, para as questões que se colocam em si mesmo (SPINK, 1993, p.27). E que são manifestados mediante as duas classes distintas de universos de pensamento: os universos consensuais e os universos reificados.

Nos universos reificados, é que se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetivação, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata e sua estratificação hierárquica (OLIVEIRA, 2004).

A teoria do núcleo central, formulada inicialmente por Abric (2000) citado por Moreira (2000) e validada por inúmeras experiências, estabelece que toda representação social se organiza ao redor de elementos centrais, particularmente estáveis e consensuais, no seio do grupo considerado. Os elementos centrais são resistentes às mudanças. Esses elementos têm características e dão significado à representação.

Segundo Abric (2000), o núcleo central permite o estudo comparativo das representações, pois, além de indicadores quantitativos, possui também uma dimensão qualitativa que se caracteriza como um subconjunto das representações. O Núcleo central é constituído de um ou mais elementos, cuja ausência causaria a desestruturação das representações sociais ou a mudança do seu significado. Para esse autor, a estrutura das RS é formada de elementos centrais e periféricos, cuja caracterização é fundamental para o estabelecimento de limites do conteúdo e da organização interna da representação do objeto em estudo.

A TRS foi denominada também por Moscovici (1978, p.26) de psicossociologia, pela indissociabilidade da relação pessoa/sociedade, que tem como foco central os fatos cognitivos, afetivos e simbólicos transmitidos através da linguagem: “É uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.” Essa relação entre pessoa e sociedade ou a interação social, ficou conhecida como psicologia social.

Segundo Bock, Furtado e Teixeira (2002), a psicologia social é uma área da psicologia que cuida da interdependência entre os indivíduos e o encontro social. Essa autora, ainda complementa, dizendo que a psicologia social surgiu para estabelecer uma relação entre a psicologia e a sociologia. Assim, há uma relação direta entre a psicologia social e a TRS, visto que ambas trabalham no foco da relação entre o pensamento do homem com a sociedade da qual faz parte.

As Representações Sociais constituem uma vertente teórica da Psicologia Social que faz contraponto com as demais correntes da História, da Filosofia, da Sociologia e da Psicologia Cognitiva que se debruçam sobre a questão do conhecimento e do comportamento humano. Nesse contexto, nota-se que a questão das representações sociais pode ser considerada como um campo de conhecimento transdisciplinar (SPINK, 1993).

Camargo (2005, p. 21) menciona que:

[...] a utilização da teoria das representações sociais, particularmente no Brasil, estende-se a diferentes áreas do saber, configurando-se em um tipo de conhecimento efetivamente interdisciplinar, que colabora com a explicação de problemas relevantes para a educação, saúde, meio ambiente, entre outros. Essa autora enfatiza que a teoria das representações sociais não é propriamente uma teoria, e sim um paradigma complexo que tem duas características de muito valor para o campo científico: a capacidade integrativa, em nível conceitual, e sua pertinência interdisciplinar, em nível fenomênico.

Não apenas, na área da Psicologia Social, como em outras áreas do conhecimento, entre as quais, a área de saúde, a TRS busca mostrar o caráter social contido no que se relaciona ao comportamento humano (Sá, 1998). Apesar de consideradas como fenômenos sociais, as representações devem ser entendidas principalmente, a partir do seu contexto de produção, das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação do grupo social em que circulam aquele dado pensamento.

1.4 Métodos e Técnicas de Coleta de Dados das RS

Jodelet e Moscovici, citados por Camargo (2005, p.19), declaram que a teoria das representações sociais, faz uso de métodos sistemáticos para observar, analisar e compreender o fenômeno do conhecimento do senso comum. Assim, é freqüente neste campo de pesquisa a necessidade de utilização de vários métodos e também a inovação das estratégias metodológicas, utilizando métodos de abordagem qualitativa e quantitativa.

Dentre as técnicas de coletas de dados, Abric citado por Oliveira *et al* (2004) destaca a técnica de evocações livres que é também conhecida como associação livre ou teste por associação de palavras. Essa técnica possibilita a apreensão das projeções mentais de maneira descontraída e espontânea, revelando inclusive os conteúdos implícitos ou latentes que podem ser mascarados nas produções discursivas. Possibilita também obter o conteúdo semântico de forma rápida e objetiva.

No campo de estudo das representações sociais, a técnica de evocação livre consiste em pedir ao indivíduo que produza todas as palavras ou expressões que possa imaginar a partir de um ou mais termos indutores, ou ainda, solicitar um número específico de palavras, seguindo-se de um trabalho de hierarquização dos termos produzidos, do mais para o menos importante.

Oliveira *et al* (2004) afirma que a técnica de evocação livre tem por objetivo apreender a percepção da realidade de um grupo a partir de uma composição semântica preexistente. Assim sendo, a aplicação dessa técnica permite conhecer os estereótipos sociais que são partilhados espontaneamente pelos membros do grupo, bem como visualizar as dimensões estruturantes do universo semântico específicos das representações sociais.

Outra técnica utilizada é análise de conteúdo, definida por Bardin (1977, p 42) como:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção dessa mensagem.

No entendimento de Minayo (2002), o termo análise de conteúdo significa mais de que um procedimento técnico, historicamente tem oscilado entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade, esta técnica compreende várias modalidades destacando-se, entre elas, a análise temática.

Segundo Minayo (2002), a análise temática pode ser decomposta em três etapas: a pré-análise, que compreende a leitura flutuante do material coletado; a constituição do *corpus*, que é a organização do material e a formulação de hipóteses e a análise. Nessa fase pré-analítica determinam-se a unidade de registro, a unidade de contextos, através dos recortes, a formação de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientam a análise.

A segunda etapa consiste na exploração do material, é quando ocorre a transformação dos dados brutos com intuito de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na terceira etapa, os resultados brutos são submetidos à operação estatísticas simples (percentagens) ou complexas (análises fatoriais), que permitem colocar em relevos as informações obtidas.

A Teoria das Representações Sociais (doravante, TRS) amplia o entendimento da realidade social e histórica da qual faz parte o Agente Comunitário de Saúde (ACS), indivíduo que atua no Programa de Saúde da Família (PSF) das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa teoria possibilita uma análise mais criteriosa acerca das representações sociais sobre a humanização no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e permite alcançar respostas às questões anteriormente formuladas para atingir os objetivos propostos nesta pesquisa.

As Representações Sociais da prática desenvolvida pelos trabalhadores em Unidades Básicas de Saúde são compartilhadas coletivamente, embora percebidas individualmente, o que possibilita apreender como as RS sobre a prática dos ACS relacionada ao atendimento humanizado, são construídas a partir da visão e percepção desses profissionais. Para Moscovici (1978, p.11), representar é edificar uma doutrina que facilita a tarefa de desvendar, programar, ou antecipar atos e conjunturas. Nesse sentido, a adoção da RS, como suporte teórico deste trabalho e de técnicas, acena com a

possibilidade de identificar elementos úteis a programação e ações futuras, inerentes a humanização do atendimento na saúde, a partir do desvendamento de como essa humanização é elaborada e representada pelos agentes comunitários de saúde.

2 METODOLOGIA APLICADA

2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e analítico com abordagem quantitativa e qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS) de Moscovici (1978) e na teoria do Núcleo Central (NC) de Abric (2000) para a apreensão das representações sociais dos agentes comunitários de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Lagarto Aracaju-Sergipe, no sentido de aprofundar o conhecimento do senso comum sobre a humanização no atendimento aos usuários dessas unidades.

A exemplo de tantos outros estudos, a Teoria das Representações Sociais está complementada pela teoria do núcleo central que proporciona descrições mais detalhadas de indicadores quantitativos, além da dimensão qualitativa, no que se refere à caracterização do conjunto de elementos que representam a verdadeira realidade dos sujeitos quanto ao objeto de estudo (ABRIC, 2000).

Esse autor ressalta que as RS são constituídas por elementos sócio-cognitivos que se estruturam, para formar um NC que se constituem de elementos determinadores da sua organização interna e de outros elementos mais flexíveis, denominados de periférico. Dessa forma, o NC é constituído por elementos mais estáveis e resistentes às mudanças sociais do grupo de pertença, que tem uma característica própria e dá maior significado à representação, pois, na sua ausência, causaria mudança da RS ou esta se desestruturaria (ABRIC, 2000).

Considerando os objetivos propostos e o embasamento teórico que orientou este estudo, foram utilizados, além do teste de associação livre de palavras, que constrói o núcleo central e do sistema periférico das representações sociais, e os conteúdos dos discursos dos sujeitos, adquiridos, a partir das entrevistas, os quais possibilitaram a análise qualitativa das representações sociais, através das percepções do próprio ACS, sobre a humanização, no atendimento ao usuário, das Unidades Básicas de Saúde. Esses conteúdos possibilitaram análise quantitativa e qualitativa, das Representações Sociais, elaboradas por esses informantes.

No processo de construção das RS, o teste de associação livre apresenta características subjetivas e envolve valores, conhecimentos, crenças, habilidades,

experiências e formas de ser de um grupo de trabalho, dentro de uma dimensão histórico-social que caracteriza a realidade do grupo (CRUZ, 2003).

2.2 Cenário do Estudo



2.2.1 Caracterização do Município de Lagarto

Lagarto dista 78 km de Aracaju. É o terceiro mais antigo município sergipano. Conforme dados do IBGE, a população de Lagarto em 2007 era de 88.980, distribuídos em pouco mais de 25 mil domicílios (10 mil em região urbana e 15 mil na zona rural). Tem como atividade econômica a agricultura e pecuária. Os dados coletados pelo IBGE (2007) apontavam, ainda, a existência de 51 mil eleitores; rendimento familiar médio de 01 salário mínimo e meio; atendimento médico-hospitalar disponibilizado através de 01 hospital, 02 maternidades, 06 clínicas, 14 postos de saúde ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), 132 leitos; 51,5% dos domicílios possuíam água encanada e 4,1% rede de esgotos; 24.030 alunos matriculados, sendo que 8.824 em rede estadual, 14.542 em rede municipal, 1.204 em rede filantrópica. Destacamos outras características geográficas: área com 969 Km², densidade 95,2 hab./Km², altitude 183 metros, clima semi-árido, fuso horário UTC-3 e alguns indicadores: IDH 0,614 PNUD/2000, PIB R\$ 289.864.000,00 IBGE/2007.

Lagarto foi o primeiro Município do Estado de Sergipe onde foi implantado a Política de Humanização do Atendimento, fato ocorrido em julho de 2004. Teve como primeira atividade uma oficina intitulada Oficina de Apoio Institucional para Implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), realizada no dia 20 de julho de 2004 (SERGIPE, 2004). Os objetivos dessa oficina foram os seguintes:

- Divulgar a PNH junto aos gestores locais do SUS;
- Identificar os principais pontos negativos e positivos para a implantação/implementação de diretrizes consideradas importantes pela PNH: gestão participativa, acolhimento e avaliação de risco e responsabilização e vínculo;
- Definir proposta de trabalho para a implantação/implementação da PNH nos municípios.

Participaram do planejamento e organização da oficina, os membros da Comissão Estadual de Saúde, parceiros, e gestores de saúde do Município de Lagarto, sob a orientação da Coordenação Estadual de Humanização. Após essa Oficina, foi criado o Núcleo Municipal de Humanização de Lagarto. Esse Núcleo implementou cursos e ações voltadas à humanização dos hospitais e rede Básica de Saúde do Município (SERGIPE, 2004).

Todos os profissionais de saúde foram convidados a participar da Oficina, entretanto, o maior número de presentes foi o de agentes comunitários de saúde. Meses

após, os agentes também, em diferentes momentos, participaram de treinamento sobre atendimento humanizado, acolhimento, ambiência, entre outros, fundamentados nos princípios e diretrizes básicos da Política Nacional e Humanização promovido pelo Núcleo Municipal de Humanização de Lagarto (SERGIPE, 2004).

2.3 Instrumentos e processos de coleta de dados

O instrumento utilizado foi um formulário dividido em três partes denominadas A, B e C, sendo - parte A: identificação do agente comunitário de saúde; parte B: teste com uma questão aberta para expressão de associação livre de palavras referente à humanização, e parte C: questões sobre as representações relacionadas ao conhecimento sobre o atendimento humanizado, caracterização do atendimento e percepção sobre o ambiente. (Apêndice A).

O formulário foi submetido à apreciação de três juízes, sendo, uma psicóloga pertencente à Coordenação da Política Nacional de Humanização do Atendimento do Ministério da Saúde (MS); uma enfermeira estudiosa do SUS e atuante em Unidades Básicas de Saúde, Professora de uma Universidade no Estado de São Paulo; e por fim, uma professora perita na metodologia das Representações Sociais, Professora da Universidade Federal da Bahia (UFBA). De posse das observações apresentadas pelas juízas, foram feitos os ajustes necessários, no formulário e posteriormente testados com dez (10) ACS.

Adotamos como método de coleta de dados, um roteiro de entrevista semi-estruturado para apreensão das informações e campo das representações sociais, no atendimento humanizado, a partir das experiências e percepção dos próprios ACS, no ambiente da UBS. Segundo Minayo (2002), a entrevista é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. Por meio dela, podem ser obtidos dados de duas naturezas: os que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outras fontes, além de outros dados obtidos, que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões. São informações ao nível mais profundo da realidade que cientistas sociais, como Moscovici, Jodelet, Sá e outros, costumam denominar subjetivo. Só podem ser conseguidos com os atores sociais envolvidos.

A preferência por essa técnica se deu pelo fato de ser congruente com a premissa de que a conversação expressa, através da comunicação e linguagem, em determinados ambientes, é um dos conteúdos privilegiados, no surgimento da representação social. Este tipo de instrumento, apesar de suas limitações, é o que mais se

aproxima de estabelecer uma conversa amigável, não formal ou algo semelhante (ARRUDA, 2002).

A coleta de dados foi efetivada, nos meses de Abril e Maio de 2007. Foram tomadas todas as precauções exigidas pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, Brasil, (2002) referente à pesquisa envolvendo seres humanos, quais sejam, aspectos operacionais como: solicitação da autorização ao Secretário de Saúde do Município para a realização da pesquisa; submissão do Projeto ao Comitê de Ética da Universidade Tiradentes, intitulado humanização em ambiente da atenção básica à saúde em Lagarto/Sergipe (Apêndice B), que teve sua aprovação mediante o parecer nº 281206. Na data agendada com a coordenadora da Atenção Básica de Saúde do Município, foi dado início a fase de coleta de dados. (BRASIL, 2002).

O pesquisador se dirigiu à sede da Secretaria Municipal de Saúde e marcou com a Coordenadora Geral da Atenção Básica as entrevistas nas UBS, com antecedência de uma semana. A coordenadora, juntamente com o pesquisador, preparou um cronograma de visitas/entrevistas com todas as datas, dias e horários. Mesmo assim, tivemos que remarcar algumas visitas, por questões diversas, como o dia de feira na cidade, quando os ACS são liberados, chuva que impossibilitaram o acesso pelas estradas, busca da polícia por acusados de delitos em povoados, entre outros. O cronograma foi refeito, sempre que necessário, junto com a coordenação, com objetivo de evitar qualquer tipo de conflito que pudessem inviabilizar a coleta, principalmente nas UBS da zona rural.

O pesquisador e a coordenadora ao chegarem nas UBS, se apresentavam ao coordenador e este, os conduzia aos ACS, a quem se auto-apresentavam. Em seguida, explicavam o objetivo da pesquisa, a importância da sua contribuição, a autonomia de concordarem ou não em participar da pesquisa sem prejuízos pessoais ou profissionais, os quais foram conduzidos a ambientes, previamente preparados, pelo coordenador da UBS. Era feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como, a explicação referente ao preenchimento da parte B do formulário que diz respeito à técnica de evocações livres, quando foram treinados com outro termo indutor que não o da pesquisa para que pudessem compreender a técnica seguindo a orientação de Tura apud Oliveira (2005). O pesquisador e a coordenadora fizeram esse procedimento com todos os agentes.

A técnica consistiu em solicitar aos sujeitos que escrevessem, no instrumento de forma livre e rapidamente, palavras ou expressões que lhes viessem, imediatamente a lembrança a partir de um estímulo (OLIVEIRA, 2005). Neste estudo a expressão usada

como termo indutor foi: Quando se fala de humanização no atendimento ao usuário em UBS, o que vem à sua cabeça?

Os Agentes que aceitaram participar foram convidados, um a um, para responderem as solicitações do formulário, em espaços diversos das UBS. Na ocasião, foram orientados para escreverem 05 (cinco) palavras ou expressões que lhes ocorriam imediatamente à cabeça em relação ao estímulo indutor humanização no atendimento, seguido da solicitação da palavra ou expressão mais importante. Depois, o pesquisador fez mais uma vez a leitura do formulário explicando cuidadosamente cada item para que o ACS pudesse respondê-los. Tentaram gravar as entrevistas, porém, vários agentes demonstraram medo. Diante disso, abandonaram o uso do gravador e adotaram a técnica tradicional de entrevista, registrando as respostas (pesquisador pergunta e entrevistado responde). O tempo utilizado em cada entrevistado variou entre 10 e 20 minutos.

2.4 População / Sujeitos

A população constou de 171 Agentes Comunitários de Saúde das Unidades Básicas de Saúde do Município de Lagarto. Deste número, 10 agentes participaram do teste do instrumento; um agente recusou-se participar e dois encontravam-se em licença maternidade e 50 faltaram às respectivas UBS's, no dia agendado, para a coleta de dados.

Assim, a amostra e sujeitos para apreensão da sua estrutura ou núcleo central da RS e foi constituída de 108 (cento e oito) agentes que corresponde a 63,16% da população investigada. Constituíram critérios de inclusão: ser ACS da Secretaria Municipal de Saúde lotados nas UBS; estar trabalhando na unidade há pelo menos um ano, tempo considerado necessário à construção e consolidação das RS sobre a humanização no atendimento, e aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

2.4.1 Caracterização dos sujeitos

Etnia	%	Escolaridade	%	Religião	%
Pardos	56	Ensino médio completo	50	Católicos	81,5
Morenos	21	Ensino superior incompleto	21	Evangélicos	9,3
Branços	15	Ensino médio incompleto	16	Outras	5,6
Negros	5	Ensino fundamental completo	6	Espíritas	1,9
Em branco	3	Ensino superior completo	5	Espiritualistas	0,9
--	--	Ensino fundamental incompleto	2	Umbandistas	0,9

QUADRO 1 – Caracterização dos sujeitos – Dados de identificação. N.108 – Aracaju, SE, 2007.

Quanto ao gênero, 79% são mulheres e 21 % são do sexo masculino, diferença que ratifica a feminilização do trabalho em saúde, principalmente em atividades com exigência de níveis fundamentais e médios.

Dos participantes da pesquisa, 56% dos respondentes se consideram “pardos”; 21% se auto-intitulam “morenos”; 5% se dizem “negros”; 15% afirmam que são brancos e, finalmente, 3% dos respondentes não responderam à questão.

No que tange à cor ou etnia, nota-se muito claramente, que os indivíduos adotam uma conceituação bastante diversificada, quanto aos termos “cor” ou “etnia”, a qual é compatível com a complexidade desse tema, na sociedade brasileira que historicamente convive com as questões relacionadas ao tema.

É importante compreender que as evocações podem ser sensivelmente alteradas a depender do público que as estejam evocando. A expressão “respeito”, por exemplo, pode ser mais enfatizada por um determinado grupo étnico e, em igual proporção, pode ser ignorada por outro.

Com relação à escolaridade/formação dos sujeitos inquiridos, nota-se que o maior contingente é encontrado entre aqueles que atingiram o ensino médio, alcançando o percentual de 66%, ou 72 (setenta e dois) indivíduos. Aqueles que completaram o Ensino Médio, perfazem 50% de toda a amostra, enquanto os que completaram o Ensino

Fundamental, constituem apenas 6%. Os respondentes que não concluíram o Fundamental, configuram o segundo maior contingente com o percentual de 21%. Aqueles que cursaram o Ensino Superior, tendo ou não se graduado, são 7% de toda a amostra.

Outro aspecto muito importante dos ACS é a religiosidade. Dos respondentes, 81% afirmam ser católicos. Outros 9% apontam a religião evangélica como fé professada, enquanto que 6% mencionam outras religiões. Espíritas, espiritualistas e umbandistas juntos, perfazem 4% de toda a amostra.

Do mesmo modo que a formação/escolaridade do indivíduo, a religião seguida pode ser um fator de aguda interferência no peso atribuído a um sentimento e, por conseguinte, à expressão que o represente num dado contexto. A expressão “amor”, por exemplo, tem um mesmo significado para qualquer religião, no entanto, no contexto da humanização em saúde, seu significado efetivo estará muito mais associado ao respeito para com o semelhante do que, propriamente, a uma condição amorosa, mesmo que fraterna.

2.5 Técnica de Tratamento dos Dados

Os dados da parte A, que são os dados de identificação pessoais e profissionais, foram lançados no programa Excel 2003 que organizou por ordem o nome fictício, idade, sexo, cor, grau de instrução, a atuação na UBS, tempo de trabalho, religião e a participação de treinamento sobre humanização no atendimento. Posteriormente, foram calculados os percentuais de cada uma das variáveis.

Para o tratamento dos dados da parte B, cujo conteúdo foi relacionado à evocação ou associação livre de palavras, foi utilizado o software EVOC de Vèrges (2005) versão 2000. Esse software é formado por um conjunto de programas informáticos articulados que, juntos, realizam análises estatísticas das evocações (OLIVEIRA *et al.*, 2005), através da análise lexicográfica, ou seja, a frequência média de aparecimento dos termos e da ordem média de evocações a partir das médias ponderadas de aparecimento das palavras ou expressões, cujos resultados podem ser comparados com os conteúdos discursivos (VÈRGES, 2005).

O produto das evocações foi previamente organizado pelo pesquisador, o que constituiu um *corpus*, seguido da elaboração de um dicionário (Apêndice C). O software EVOC calculou, para o conjunto do *corpus*, a frequência simples de cada palavra, conforme ordem de evocação, as ordens médias de evocação de cada palavra e a média das ordens

médias de evocação. Com esses dados, foi realizada a construção do “quadro de quatro casas”, que corresponde a quatro quadrantes com quatro conjuntos de termos. No quadrante superior esquerdo, são reunidos os termos mais prontamente evocados que parecem ser os mais significativos para os ACS. Os termos deste quadrante podem constituir os elementos do núcleo central da representação social sobre humanização no atendimento, objeto deste estudo. No quadrante superior direito, estão os elementos da primeira periferia que podem se desenvolver para o Núcleo Central (NC); aqueles contidos no quadrante inferior esquerdo, são os elementos intermediários que só podem ser analisados pela grande teoria das representações sociais. No quadrante inferior direito, situam-se os elementos periféricos da representação que dão suporte e são acionados para dar sustentação ao NC. Essa técnica integrada à informática é um importante instrumento facilitador para a análise da estrutura e organização da representação social dos sujeitos da pesquisa (OLIVEIRA *et al*, 2005).

Mediante o preconizado por Oliveira *et al.* (2005), partiu-se da premissa de que os termos que atendessem, ao mesmo tempo, aos critérios de evocação com maior frequência e nos primeiros lugares (evocação imediata), supostamente teriam uma maior importância no esquema cognitivo do sujeito, ou seja, se configurariam como hipóteses de elementos do núcleo central da representação social, portanto, as palavras que se situam no quadrante superior esquerdo são, provavelmente, os elementos que compõem o núcleo central da representação sobre a humanização, no atendimento ao usuário, em unidade básica de saúde, na amostra estudada; aqueles situados nos quadrantes superiores direito são os elementos da primeira periferia que podem se desenvolver para o núcleo central; aqueles situados no quadrante inferior esquerdo são os elementos intermediários que, segundo Sá (1996), não são analisáveis pela teoria do núcleo central, e sim, pela grande teoria das Representações Sociais; as palavras localizadas no quadrante inferior direito são elementos constituintes do sistema periférico. Essa técnica de análise é conhecida como “quadro de quatro casas” (ABRIC, 2000; SÁ, 1996).

Para o tratamento dos dados gerados a partir das questões contidas na parte “C”, referentes a obtenção das representações, foi utilizada a análise de conteúdo que é conceituada por Bardin (1977) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicador qualitativo ou não, que permitam a inferência de conhecimento relativo à percepção dessas mensagens.

Para esse tipo de análise Bardin (1977), propõe-se três etapas: a pré-análise, a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, quando são selecionados os documentos a serem submetidos à análise e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Nesta fase, reuniu-se as falas referentes a cada questão, apresentadas por todos os 108 agentes comunitários de saúde (APÊNDICE C), agrupou-se as respostas por semelhança conforme categorias pré-estabelecidas, as quais foram resultantes das questões abertas, relacionadas ao conhecimento sobre humanização e seu significado, a representação do atendimento humanizado, na UBS, seguida da percepção sobre o ambiente da unidade em estudo. Os agentes foram identificados com número. Estes foram de um a cento e oito. Posteriormente fez-se a leitura flutuante do conjunto das repostas das três questões, tentando deixar-se invadir por impressões e orientações emanadas das falas dos ACS. Considerou-se esse conjunto de resposta como sendo o *corpus*, como sugere Bardin (1977).

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O formulário foi aplicado em 108 agentes comunitários de saúde do referido Município, que correspondeu a 63,16% da população investigada. Em relação a caracterização dos sujeitos (Quadro 1), perguntou-se acerca da participação nos treinamentos/capacitação em humanização oferecidos pelo Grupo de Trabalho Humanizado (GTH) da Secretaria Municipal de saúde.

Quanto ao treinamento em humanização, 19% afirmam não terem recebido, enquanto 6% optaram não fazer o treinamento, certamente porque já o havia feito em outra oportunidade. A parcela maior da amostra pesquisada corresponde a 75% dos indivíduos que realizaram treinamento específico para a prática de humanização como agentes de saúde.

Partindo-se da premissa de que toda atividade desenvolvida no âmbito sócio-profissional requeira treinamento e, conte-se com a sinceridade dos respondentes, seria ingenuidade ignorar a possibilidade de que algumas respostas sejam convenientes. Assim, o simples fato de que alguns (poucos) indivíduos tenham afirmado que optaram por não participar de treinamentos, e que outra parcela significativa, de fato, não tenha participado, sem que efetivamente os motivos fossem explicitados, leva-nos a crer que tais dados possam, eventualmente, não refletir a realidade. Dar-se ao profissional a opção pelo treinamento, necessariamente significará que o mesmo possuía, por um ou outro meio, o embasamento necessário ao exercício das atividades que lhe são propostas. Pura e simplesmente, prescindir-se do treinamento parece injustificável. É importante que futuras abordagens possam esclarecer melhor tal situação apontada. É importante, entretanto, pontuar e esclarecer que os dados aqui apurados, podem ter interferido ou produzido alguma co-variante, relativamente, às representações obtidas.

3.1 Estruturas das representações sociais da humanização do atendimento ao usuário em Unidade Básica de Saúde.

Sabe-se, que a humanização do atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS) é cercada de situações complexas, que envolvem valores, crenças e ideologias que são fundamentadas na vivência do cotidiano e nos aspectos históricos e ideológicos da experiência de um grupo social de pertença, cujas contribuições são essenciais à construção e consolidação de atitudes compartilhadas nesse grupo.

A realização deste estudo foi, um desafio motivado pela vivência decorrente dos treinamentos ofertados a esses profissionais. Nesses, teve-se a oportunidade de ratificar condições subjetivas vivenciadas por todos os componentes da equipe de Saúde da Família, em UBS. Nestas, a humanização no atendimento aos usuários de saúde reveste-se de características especiais, dado que é considerada a porta de entrada dos usuários no Sistema de Saúde; ainda que as demandas de cuidados sejam configuradas básicas, muitas delas são permeadas por diferenciais humanos relacionados, não só aos usuários, como aos agentes comunitários de saúde que têm uma diversidade de comportamentos.

As unidades básicas de saúde destinam-se ao atendimento de usuários em condições, muitas vezes, especiais, que necessitam de cuidados que requerem tecnologias complexas que implicam interações de pessoas que compõem as equipes nas quais estão inseridos os agentes comunitários de saúde.

Os dados coletados mediante a associação livre de palavras com 108 (cento e oito) agentes comunitários de saúde correspondem a 63,16% da população atuante nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – da Secretária Municipal de Saúde (SMS) - do município de Lagarto, Estado de Sergipe. Foram analisados por meio do software EVOC - *Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Évocations*. de Vergés (2005), com a construção do quadro de quatro casas (Quadro 2).

	OME < 2,9			OME ≥ 2,9		
Frequência ≥ 8	Núcleo central			1ª periferia		
	amor	42	2,262	amizade	18	3,278
	atenção	58	2,534	carinho	21	3,524
	humildade	9	2,778	compreensão	27	3,111
	informação-clara	13	2,769	conscientização	8	3,250
	respeito	62	2,306	cuidados	13	3,538
	responsabilidade	16	2,500	dedicação	16	3,438
	saúde	18	2,889	educação	40	3,300
	união	8	2,625	humana	18	3,833
Frequência < 8	Intermediário			2ª periferia		
	acolhimento	5	2,000	ajudar	5	3,400
	direitos	4	1,750	alegria	6	3,333
	organização	6	2,833	atuação	6	3,667
	prevenção	5	2,000	bom-humor	4	3,000
				competência	5	4,400
				profissionalismo	5	4,000
				qualidade	4	3,250
				trabalho	4	3,250

QUADRO 2 – Visualização do núcleo central – Humanização do atendimento ao usuário em UBS segundo frequência e ordem média de palavras evocadas. N. 108 – Aracaju, SE, 2007.

A coleta das evocações livres produzidas, a partir da expressão indutora humanização no atendimento ao usuário de UBS que, segundo Sá (1996), Abric (2000) e Oliveira *et al* (2005), torna possível limitar as objeções encontradas nos discursos, que habitualmente são utilizadas nas pesquisas com TRS. Segundo Oliveira *et al* (2005), essa técnica objetiva apreender a percepção da realidade de um grupo, a partir da composição semântica preexistente.

Esse processamento ocorre em três fases distintas e subseqüentes, chamadas "Análise de Evocação", "Análise de Palavras Principais" e "Análise de Categorias" (VÈRGES, 2005).

Foram evocadas 540 palavras (APENDICE E). Destas, 31 constituíram o quadro de quatro casas, ilustradas no Quadro 2.

Os resultados evidenciam que a estrutura das RS sobre a humanização, no atendimento ao usuário em unidade básica de saúde, tem como elementos centrais o amor, a atenção, a humildade, o respeito, a informação clara, a responsabilidade, saúde e união que são características essenciais, aos profissionais dessa área e como sistema periférico, os elementos cognitivos relacionados à atitude pessoal expressos, na diversidade de qualidades profissionais e pessoais exigidas para a humanização do atendimento ao usuário, nos quais foram destacadas a ajuda, alegria, atuação, bom-humor, competência, profissionalismo, qualidade e trabalho, que, também, são elementos imprescindíveis à humanização do atendimento ao usuário, em UBS.

Nesse sentido, todas as palavras evocadas e distribuídas nos quatro quadrantes, são consideradas elementos positivos referentes à humanização, no atendimento ao usuário em saúde, estando de acordo com a natureza qualitativa e positiva do termo indutor.

No quadrante superior esquerdo, caracterizado como núcleo central estão as oito palavras que obtiveram frequência maior ou igual a 8. As palavras foram: respeito, atenção, amor, saúde, responsabilidade, informação clara, humildade e união. Como pode ser observada a palavra numa primeira leitura demonstra estar coerente com o significado do termo indutor humanização no atendimento em saúde. Esse dado confirma o que Oliveira (2005) postula: o núcleo central agrupa os elementos mais freqüentes e mais prontamente evocadas, caracterizados como importantes, podendo ser acompanhados de elementos de menor valor significativo de sinônimos e de protótipos de associados ao objeto. Nesse caso, entendemos que a palavra saúde aparece com uma das menores freqüências (18),

indicando ser um protótipo do objeto – a humanização no atendimento. Nesse sentido, Abric, citado por Oliveira (2005, p.582), afirma: “nem tudo que se encontra nessa casa é central, mas o núcleo central está nessa casa”.

Quanto à palavra respeito, que obteve a maior frequência e a que foi, prontamente, evocada, pode evidenciar uma dimensão expressiva de aproximação do que há de mais fundamental no significado de humanização, que é posta na política de saúde, como prerrogativa constitucional à saúde como direito de todos e dever do Estado. Assim sendo, aqueles que buscam o atendimento nas UBS devem desfrutar de respeito da parte dos profissionais de saúde. Segundo Oguisso e Zoboli, (2006) o respeito ao outro é um princípio ético do qual emanam os demais princípios que orientam a atitude ou o comportamento de todo e qualquer profissional, principalmente, dos profissionais de saúde.

Viver em sociedade pressupõe respeitar o outro. O respeito envolve: olhar para alguém, olhar para dentro de si, olhar para trás e para os lados, aproximasse, prestar atenção escutar, ter espírito de observação, olhar os acontecimentos como são, voltar-se para olhar, identificar para apreender as idéias e sentimentos, buscar o sentido de, ter sensibilidade, tolerância, compaixão (FERNANDES e FREITAS, 2006). Esses princípios são equivalentes aos do Sistema Único de Saúde, relacionados à universalidade, integralidade e equidade, assim como, às políticas de saúde determinadas na Portaria GM2048, (Política Nacional HumanizaSUS).

Ressalta-se a palavra atenção que logrou o segundo lugar na ordem da frequência das palavras evocadas e que envolve o respeito. Isso induz o entendimento que atenção vem potencializar a palavra respeito. No discurso dos agentes apresentado na entrevista, identificou-se os seguintes entendimentos sobre o que representa o atendimento humanizado na UBS: o usuário é atendido sem atenção e, às vezes, o profissional até dar as costas enquanto o usuário aguarda.

A terceira palavra evocada foi o amor, que obteve a frequência de 42. Esta colocação pode ser associada a permanência do entendimento de humanização na saúde com significado caritativo, presente nos cuidados aos enfermos nos hospitais a partir de meados do século XIX, quando Florence Nightingale fora convidada para humanizar os cuidados aos enfermos hospitalizados. (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1988).

É importante assinalar que 94% dos agentes se declararam praticantes de religiões cristãs. É cultura judaico-cristã pregar amor ao próximo, como a si mesmo.

O termo responsabilidade é definido por Ferreira (1999) como a qualidade ou condição de ser responsável, ou seja, a situação, no caso em estudo, de um agente comunitário de saúde ser consciente na relação com o usuário com atos praticados voluntariamente, e responder pelos próprios atos e de outrem. Outro dicionarista, Mischaelis (1998), no Moderno Dicionário da Língua Portuguesa diz que responsabilidade é o dever de responder pelos próprios atos ou de outrem, sempre que violem os direitos de terceiros protegidos por lei, ou o dever de reparar os danos causados.

Destaca-se que a responsabilidade é um dos princípios que norteiam o Código de Ética das profissões de saúde e que, possivelmente, sua presença no rol das palavras que compõem o núcleo central das representações, seja o verdadeiro pensamento dos agentes, em decorrência de sua participação em treinamentos sobre humanização do atendimento, promovidos pelo Núcleo de Humanização de Lagarto.

A sexta palavra mais evocada foi informação clara. Inferimos que, para os agentes, o atendimento humanizado nas UBS significa que os usuários gostariam que suas perguntas e dúvidas sejam respondidas de modo que eles compreendessem, como podemos identificar nas falas dos agentes: “prestar atenção no que o paciente fala...saber conversar com os pacientes [...] que o funcionário seja uma pessoa compreensiva e que possa entender o que a pessoa deseja no momento”.

No quadrante inferior direito, que constitui os elementos do sistema periférico da representação, estão as palavras: ajuda, alegria, atuação, bom-humor; competência, profissionalismo, qualidade e trabalho. Entre os elementos intermediários, ou seja, quadrante inferior esquerdo, no qual se inscrevem as palavras: acolhimento, direitos, organização e prevenção, que não foram analisadas, por serem relativas à análise da grande teoria de Moscovici (1978).

A análise e discussão das representações sociais, constatadas dentro de um determinado grupo, devem considerar certas particularidades detectáveis nas identidades sociais dos indivíduos inquiridos.

As palavras evocadas neste estudo são, de fato, representações particulares dos agentes que reproduzem determinadas experiências, anseios ou mesmo prevenções, contudo, também são manifestações coletivas, vez que estão profundamente comprometidas e influenciadas pelo meio que as produzem. Um dos agentes, ao se referir ao atendimento insatisfatório que lhe foi prestado, quando recorreu à própria Unidade de

Saúde onde trabalha, comentou o seguinte: “se comigo que sou agente é assim, quanto mais, com os outros usuários”. Essa fala expressa as três formas de ancoragem conforme preconiza Moscovici (1978): a análise estritamente psicológica que irá lidar com as atitudes individuais e, portanto, está vinculada à experiência pessoal; a análise sociológica, que considera o grupo social como principal influência de uma representação; e finalmente, a análise psicossociológica, cuja ancoragem trabalha com o discurso ideológico, a comunicação e a interação social.

Desse modo, após a hierarquização, dos significados das palavras evocadas, nos quadrantes superior esquerdo e no inferior direito, que foram ordenadas segundo sua relação e ligação com os diversos significados, identificamos duas categorias centrais e duas periféricas para explicar as palavras evocadas, nos respectivos quadrantes, assim denominadas:

CATEGORIAS CENTRAIS – Humanização relacionada ao respeito ao usuário, determinada pelas palavras amor, saúde, união e humildade, seguida de outra categoria central denominada de Humanização associada à atenção, que foi determinada pelas palavras responsabilidade e informação clara, que se complementam e mostram o verdadeiro significado e a natureza da humanização no atendimento ao usuário, pois, segundo Abric (2000), podem estar diretamente ligadas à história ou aos conhecimentos adquiridos, coletivamente, pelo grupo ou associados às normas e valores do envolvimento do grupo, no desenvolvimento do atendimento ao usuário. As palavras respeito, atenção, união, humildade e informação clara, ainda podem ser considerações apreendidas pelos ACS sobre as condições exigidas para efetivação da humanização.

CATEGORIAS PERIFÉRICAS – Humanização no atendimento associada ao profissionalismo determinada pelas palavras competência, trabalho e qualidade que refletem condições indispensáveis para a introdução e atuação dos ACS, no atendimento aos usuários, nas UBS. A outra categoria intitula-se Humanização no atendimento associada à ajuda estabelecida pelas palavras atuação, alegria e bom-humor, que também se complementam, pois expressam atitudes positivas, no atendimento aos usuários, como elementos essenciais ao seu atendimento.

3.2 Caracterização do conhecimento e percepção do senso comum sobre atendimento humanizado elaborados por Agentes Comunitários de Saúde.

De posse do *corpus* resultante das respostas às questões: O que é para você o atendimento humanizado? Como você caracteriza o atendimento humanizado nesta UBS? Como você percebe o ambiente desta UBS? Iniciou-se à organização dos resultados coletados. Com base no referencial de humanização do atendimento em saúde e no referencial teórico-metodológico das Representações Sociais, os dados foram organizados seguindo passos preconizados por Bardin (1977). Após a leitura flutuante do *corpus*, vasculhou-se o discurso de cada agente comunitário, em busca de indicadores que pré anunciassem categorias referentes à humanização no atendimento que orientaram a entrevista. Para isso, foi elaborada planilhas (APÊNDICE F) correspondentes a cada questão. Após análise minuciosa dos indicadores dispostos nas planilhas visualizou-se e nomeou-se três grande categorias seguintes e ilustradas no Quadro 2: o conhecimento sobre o atendimento humanizado; a caracterização do atendimento humanizado nas UBS; e a percepção dos agentes comunitários referente ao ambiente da UBS.

Categorias	Sub-categorias	Total	
		f	%
1. Conhecimento sobre atendimento humanizado	Atender com respeito atenção e amor	84	77,78
	Prestar serviço com qualidade	31	31,48
	Atendimento igual para todos	26	21,30
2. Caracterização do atendimento humanizado na UBS	Atende com atenção e respeito	40	39,04
	Prejudicado pelo déficit de profissionais	33	33,33
	Atendimento com atenção e carinho	24	22,22
	Indícios de atendimento prestado com amor	14	12,96
3. Percepção do ambiente da UBS	Estrutura física	49	45,37
	Relações interpessoais	33	30,56
	Estruturas físicas e relações interpessoais	26	24,07

Quadro 3. Categorias e subcategorias do conhecimento e percepção do senso comum sobre atendimento humanizado, elaborados por Agentes Comunitários de Saúde. Aracaju, Sergipe, 2007

3.2.1 O conhecimento sobre atendimento humanizado (Categoria 1).

Nessa categoria, encontra-se retratado o conhecimento dos ACS, que, enquanto conhecimento considerado como do senso comum, está ancorado no atendimento com respeito, atenção e amor; prestar serviço com qualidade; e atendimento igual para todos. Moscovici (1978, p.181) refere que Representação Social (RS), “entendida como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais,... que podem, também, ser vista como a versão contemporânea do senso comum”.

Quanto ao conhecimento sobre atendimento humanizado como sendo **atender com respeito, atenção e amor**, que obteve o índice mais elevado de citações 77,78%, convém ressaltar que destas, 45,37% se referem ao *atender com respeito*, que representam a estrutura da RS sobre o humanização no atendimento ao usuário, ilustrado nas falas:

Atendimento com respeito, atenção e tratar o usuário como ser humano (4).

Ter respeito às pessoas, (31).

É ser atendido com respeito e atenção (108)

Onde a comunidade possa ter atendimento com respeito (94)

Esse entendimento é consoante com o que é assegurado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que diz: *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação* (BRASIL, 1996, p.88).

Esse direito constitucional, que está fundamentado no princípio da saúde como um direito humano, declarado na Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (1978), implica respeito tanto o implícito na Constituição quanto ao respeito que é essencial a qualquer relação homem-homem. Tal entendimento encontra-se claramente ilustrado na fala do ACS 4, nos termos ... *tratar o usuário como ser humano. Algumas falas, ainda qualificam o atender com respeito com os termos educação, consideração, ouvir as pessoas, acolher o paciente, passar informações corretas que são expressas no discurso, como conhecimento do senso comum*, como destacados nas falas:

É saber respeitar as pessoas respondendo qualquer pessoa que venha pedir alguma informação, com educação e consideração (64).

Atender com educação e respeito, ouvir as pessoas pra depois expor o que acontece (82).

O respeito ao próximo, saber acolher o paciente, passar as informações corretas, ter carinho, saber conversar com os pacientes...(6).

Você atender com respeito, paciência, dedicação e ser compreensivo (7).

Convém ressaltar que o acesso universal, gratuito e integral a todos os brasileiros, retira o caráter de mendicância para transformá-lo em direito assegurado na Constituição Brasileira. Portanto, a adoção de princípios da humanização no setor saúde, refere-se, conforme prenuncia Deslande (2004), ao cuidar de indivíduos respeitando sua individualidade, subjetividade e cultura em que ele se encontra, que expressam os valores atribuídos pelos ACS, no atendimento ao usuário.

Ainda, na mesma subcategoria *,atender com respeito, atenção e amor*, 32,41 % dos ACS indicaram o **atender com atenção** como uma das características do atendimento humanizado, vejamos alguns exemplos:

Um atendimento com atenção, bom acolhimento, ter bom relacionamento com a comunidade (11).

Ter atenção aos usuários, tratando bem, com carinho, respeitando necessidades dos outros (31).

Que as pessoas sejam atendidas com respeito e atenção (62).

Atendimento ao usuário com atenção, passando informação com educação sendo humano e acima de tudo amigo (87)

O discurso dos ACS leva-nos a inferir que seu conhecimento sobre o atendimento humanizado implica, além do respeito, consideração, ouvir as pessoas... ; e se traduz na prática por passar as informações claras, *atender com educação, sendo humano e acima de tudo amigo*. Lembramos que uma das diretrizes da Política de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde tem como objetivo,

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, mudança nos modelos de atenção e gestão no processo de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006).

Esse objetivo, que acena mudanças no modelo de atenção e gestão no processo de trabalho tem como um dos focos as necessidades dos cidadãos na perspectiva da melhoria do atendimento.

Nesta subcategoria, *atender com respeito, atenção e amor*, ainda tivemos na especificidade **atender com amor**, 15,74% alusões como podem ser observadas nos exemplos seguintes:

Prestado com amor, ou seja, se interessar pelo problema do outro (3).

É tratar todos de uma maneira só e fazer com amor (23).

Fazer com amor ao próximo, respeitando-o e sendo claro no atendimento (92).

Com respeito, sabendo ajudar e informar as coisas certas e amor ao próximo (107).

Para os ACS, os profissionais de saúde necessitam atender as pessoas com amor, o que nas suas falas se traduz como atender interessado no problema do outro, ser claro nas informações e respeitar o próximo como se fosse alguém da família.

O termo humanização tem raízes na filosofia, e posteriormente na psicologia humanista. De acordo com a psicologia humanista, busca valorizar a bondade nas pessoas e no potencial humano. No processo terapêutico, essa abordagem tem o objetivo de libertar o indivíduo, ou seja, fazê-lo acreditar que poderá ser feliz e satisfeito com a vida (ROGERS, 1982). Trazendo para realidade do atendimento desta pesquisa, os ACS deixaram claro que para eles esses profissionais ainda não atendem aos usuários com amor, pois não demonstram interesse e carinho no ato de atender, como podemos observar nos relatos citados acima.

A qualidade que está relacionada a subcategoria nomeada como *atendimento com qualidade*, focaliza a importância da qualidade dos serviços de saúde. É preciso lembrar, como faz Malink (1996), que o tema qualidade em saúde se presta a uma quantidade enorme de interpretações. Sua abrangência pela temática da Constituição Brasileira, associa (embora de maneira implícita) a definição de saúde à qualidade de vida. Qualidade implica avaliação. No setor saúde, a avaliação já é um conceito claramente trabalhado, sendo conhecido em boa parte dos cursos da área o clássico modelo de Donabedian (1994), baseado em estrutura, processo e resultado. A partir desse modelo,

então, organizações de diversos países adotaram a qualidade como um princípio básico da avaliação nos serviços de saúde.

O país, em seus princípios de reforma do setor saúde, expressou a necessidade de alcançar a equidade de acesso aos serviços básicos, melhorando a qualidade e eficiência, de modo a garantir sua qualidade na saúde individual e coletiva (MERCADANTE, *et al*, 2002) . A qualidade no setor saúde tem como principais indicadores, além de aspectos pertinentes ao desempenho dos serviços, a satisfação dos usuários e dos seus trabalhadores. Desse modo, a qualidade em saúde passa pelo necessário desafio de equilibrar a tensão existente entre o conceito amplo multidimensional de valorização da vida, o aperfeiçoamento técnico científico dos profissionais de saúde, desenvolvimento tecnológico e uso racional dos recursos.

Já é consenso na práxis da atenção básica, que qualidade em saúde pode abranger desde um caloroso acolhimento e um sorriso no momento de procura pelo serviço de saúde, até a disponibilização de recursos diagnósticos e terapêuticos resolutivos em tempo preciso (BRASIL, 2006). Exemplo desse consenso já faz parte do senso comum dos agentes ao se referir a atendimento humanizado, como podemos identificar nas seguintes falas:

....saber acolher o paciente, passar as informações corretas, ter carinho, saber conversar com os pacientes e dar prioridade aos idosos e deficientes (6)

Atendimento com atenção, bom acolhimento, ter bom relacionamento com a comunidade (11)

Um atendimento onde o usuário saia satisfeito, bem informado (68)

É tratar as pessoas por igual, sem distinção de classes sociais e que tenham qualidade, organização, compreensão ... (36).

Os agentes demonstraram com suas respostas que o atendimento com qualidade deveria se marcado pelo respeito ao próximo, no trato às pessoas sem distinção de classe social. Essas alusões, que parecem ser um misto de queixas, cobranças e até mesmo denúncia, relacionadas a esta subcategoria, perpassam também as das demais subcategorias em relação ao que representa o atendimento humanizado.

A subcategoria *atendimento igual para todos*, que agregou 21,30% de enunciações de ACS, configura a coerência do conhecimento do senso comum sobre o que é atendimento humanizado, com o conhecimento do universo reificado traduzido por meio do princípio de equidade que fundamenta o Sistema Único de Saúde.

A diretriz de promoção da equidade na saúde não se pauta na meta da oferta de um tratamento igualitário a todos, mas sim vem sustentar uma disposição ao respeito a cada cidadão em sua diferença, para que suas necessidades específicas possam vir a ser atendidas também, especificamente. Equidade na saúde, portanto, significa o respeito ao direito à saúde de cada segmento da população brasileira, segundo as suas particularidades. Quanto a esse aspecto, 2,7% da amostra entenderam que atendimento humanizado requer também contemplar aqueles, que, por diversos motivos, encontram-se em situação de vulnerabilidade, a exemplo dos idosos, hipertensos, diabéticos, crianças e deficientes.

....saber acolher o paciente, passar as informações corretas, ter carinho, saber conversar com os pacientes e dar prioridade aos idosos e deficientes.
(6)

É tratar as pessoas por igual, sem distinção de classes sociais, com qualidade, organização ... (36)

É um atendimento igual para todos e que possa atender toda a população sem discriminação de classes baixas ou altas (41)

É um atendimento justo, para todos, visando atender a necessidade de quem nos procura, com responsabilidade de tratar os outros com respeito humanidade (72)

Receber as pessoas, independentes de nível social e raças, tornando uma maneira de atendimento (91)

É um atendimento sem discriminação voltado para o bem-estar da comunidade (99)

Para os ACS, o conhecimento sobre atendimento humanizado é baseado nas relações sociais, ou seja, os usuários deveriam ser atendidos pelos profissionais de saúde da mesma forma e ter direitos iguais. Conforme o que prega o Sistema Único de Saúde (SUS), direitos iguais no atendimento, e para que se possa respeitar os outros, precisa-se entender e respeitar as diferenças entre as classes.

Como afirmam Oguisso e Zoboli (2006), o sistema público brasileiro, não apresenta condições para dar conta da integralidade das necessidades de saúde de todas as pessoas, mesmo que ocorra, como é desejável, um substancial aumento dos recursos

investidos no setor. Essas autoras sugerem uma reflexão sobre a máxima *a cada pessoa conforme suas necessidades*, transformando-a em: A cada pessoa, conforme suas necessidades até o limite que permitam bens disponíveis.

Na prática, isso já é feito, cabe, contudo, discutir sobre as necessidades individuais que devem ser priorizadas, as bases éticas que devem estabelecer os limites. Na filosofia da Organização Mundial da Saúde, equidade na saúde significa que as políticas e os sistemas públicos de saúde deveriam partir do princípio da existência de diferenças nas condições sanitárias das pessoas e desenvolver ações tendentes a eliminar ou, ao menos, reduzir ao mínimo possível as diferenças desnecessária, evitáveis e injustas que existem entre grupos humanos e níveis sociais, fornecendo ações e serviços de saúde em razão das necessidades (OGUISSO e ZOBOLI, 2006).

Abraham Maslow, psicólogo humanista, acreditava que as pessoas se desenvolvem em vários níveis até chegar ao topo ou a auto-realização, segundo a pirâmide da hierarquia das necessidades criada por ele. Cloninger (2003) comenta a importância e da necessidade das relações interpessoais e que todo ser humano precisa se relacionar com outros como uma forma de obter qualidade de vida, ou seja, saúde e felicidade.

Segundo os dados da pesquisa, o atendimento humanizado é aquele prestado com respeito, atenção, amor, qualidade sem desigualdade social. Os agentes comunitários perceberam que nestas UBS não existe um atendimento humanizado, pois ainda é limitado o respeito e atenção entre os profissionais e no ato de prestar atendimento a população. É preciso pensar, respeitar, ser humano, quando pensarmos em um espaço para atender seres humanos. Humanizar é um ato de amor e precisa o mais rápido possível ser compreendido por aqueles profissionais que prestam atendimento aos usuários que chegam com tantas dores nas UBS. É preciso respeito, atenção, amor e humildade quando pensarmos em cuidar do outro.

Este trabalho possibilitou fazer uma reflexão acerca do que representa o atendimento humanizado, ou que é humanização na saúde. É preciso entender que humanização não é simplesmente ser “bonzinho”, mas ser antes de tudo solidário, ou seja, tratar o próximo como gostaria de ser tratado. E que humanizar não restringe só ao atender bem, mas um conjunto de valores, atos e ações de atenção a quem vive ao nosso lado, seja no trabalho, na família ou na comunidade que fazemos parte.

3.2.2 Caracterização do atendimento humanizado nas UBS (Categoria 2).

Nessa categoria também se encontra retratado o conhecimento dos ACS, que enquanto conhecimento do senso comum, está representada e dividida em duas subcategorias: *atender com respeito, atenção e carinho; e faltam de profissionais da saúde nas Unidades Básicas de Saúde.*

3.2.2.1 Quanto à concepção do atendimento humanizado como respeito, atenção e carinho.

Existe uma grande diferença entre o que os sujeitos representam como atendimento com respeito, atenção e carinho e o que é percebido por eles nas UBS. Vários exemplos mostram que os usuários não receberam o atendimento humanizado conforme os ACS. Em relação ao respeito, 18,52 % referiram que não há respeito no atendimento, como pode ser visto nos exemplos abaixo:

... mau atendimento, falta de médico, ou seja, decadência de tudo e falta de respeito pelos outros (12).

Nessa Unidade o atendimento humanizado não é respeitado, muitas vezes o seu respeito é medido pelo lado político que segue (77).

Essa concepção demonstra a necessidade que há de novos paradigmas organizacionais que orientem a reconstrução e priorizem os processos de trabalho, para buscar e valorizar as relações interpessoais nas UBS, conforme estudos da psicologia organizacional e social (DEL PRETTE , DEL PRETTE, 2001). Essas mudanças imprimem demandas para habilidades em se perceber e respeitar o “outro” em seu ambiente de trabalho.

Ainda nesta subcategoria, obteve-se o mesmo percentual com 18,52 % dos ACS comentando sobre atender com falta de atenção, segue algumas falas abaixo:

Falta de atenção da recepção com os usuários. Estão acomodados com o cargo e nem dão a importância devida (04).

Deixa a desejar, falta um pouco de atenção ao paciente (26)

Não atende bem, nunca está de bom humor, enfermeiros muito estressados (42).

Nesta unidade, não existe o atendimento humanizado. Começa ao trato pela manhã (bom dia), que não existe. As pessoas são tratadas como coisas (78).

Muitas vezes, essa falta de atenção, que os agentes vivenciam em relação ao atendimento, pode ser inerente da própria formação de personalidade de cada sujeito. Retomemos ao filósofo Heidegger (1979) quando apresenta preocupação com o homem no sentido de que este não perca a sua essência enquanto ser social, que o ambiente vivido não o torne desumano, incapaz de perceber a si e ao outro.

Para Sampaio (2004), expressar um semblante agradável, preservar sua higiene pessoal agradável, ser prestativo e cordial, respeitar os sentimentos alheios, são alguns das características do atendimento humanizado..

Quanto a atender com carinho a percepção dos ACS são divergentes. Alguns percebem que há, e outros referem que não há um tratamento carinhoso com os usuários da equipe e reconhecimento dos gestores, conforme é demonstrado pelas falas abaixo dos entrevistados:

Não são bem tratados, falta de amor ao próximo. Idoso não é bem tratado (demora e resposta má) (50).

Ótima, a equipe do PSF é atenciosa, carinhosa com os usuários (16).

O relacionamento entre os agentes é ótimo, inclusive com os médicos mantendo laços de amizade, dando o máximo para poder atender a todos, precisando um maior reconhecimento junto aos gestores (101)

Segundo as falas apresentadas acima por este grupo dos agentes, os profissionais de saúde atendem as pessoas com carinho, que para eles é à base de quase todo trabalho, e a relação entre eles também é boa, apesar de precisar melhorar ainda. Esse discurso mostra que as emoções variam de grupo para grupo. As emoções como amor e carinho contribuem no processo ao atendimento humanizado e só os homens são capazes de promover e de se submeter a esse processo de humanização, e como este processo se encontra em constante transformação, sofrendo as influências do contexto em que ocorre (RIZZOTTO, 2002, p.197).

Para Zanelli (2004), as emoções, e especialmente os afetos, dão um sentido especial à existência humana e exercem um papel importante na sobrevivência da espécie, na sua construção histórica. Já para Beck (1997), é um truísmo dizer que a riqueza da experiência humana é uma mescla de sentimentos e emoções. O carinho é considerado

relevante, segundo os ACS, para viverem relações interpessoais saudáveis com equipe e usuários.

3.2.2.2 Quanto à concepção do atendimento humanizado em relação à falta de profissionais de saúde nas UBS.

Nesta subcategoria, 33,33% falaram sobre a falta de profissionais. O discurso dos ACS, em relação à concepção do atendimento humanizado nas UBS, inclui a falta de profissionais para atender a demanda das respectivas comunidades, principalmente o profissional médico, que faz parte da equipe mínima proposto pelo PSF. Segundo Silva e Dalmaso (2002), o PSF nasceu de um contexto sustentado por racionalidades científicas, técnicas associadas a perspectivas humanistas de bem-estar físico, mental e social. A atenção à saúde, implementada por profissionais desse programa, deveria ser centrada na família e estendida a partir do ambiente físico e social, possibilitando compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades que vão além das práticas criativas. Esse programa, que é desenvolvido por meio de equipe, a falta do profissional médico representa, para os agentes, um agravante para o atendimento que pretende ser humanizado. Infere-se que esse atendimento indica a influência dos marcos paradigmáticos do modelo curativo de saúde, pautado na doença, no indivíduo e no medicamento, no qual o médico é personagem central no dia-a-dia dos agentes que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde, conforme exemplificado abaixo:

Faltam profissionais nas UBS (05).

A falta de médico, e o tipo de atendimento dessas pessoas que trabalham aqui nesta unidade (40)

Precisa mais de médicos, ter mais acesso as marcações (46).

Médico, dois atendimentos por mês, que leva ao atendimento ser precário (95).

Atualmente, algumas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) vêm gradativamente aumentando suas equipes de saúde da família, como também ampliando o quadro dos profissionais. Além do médico, tem-se enfermeiros, odontólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem, agente comunitário e, em alguns pouquíssimos municípios, o assistente social e o psicólogo. Entretanto, podemos inferir que existe uma grande necessidade em contratar mais médicos. Este continua sendo a principal demanda da equipe, segundo os ACS. No entanto, isso não será suficiente, caso os gestores não

entendam o que reza a ambiência na saúde no que se refere ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais (BRASIL, 2006, p.5)

Para Molina (2002), a Declaração Universal dos Direitos Humanos, marco humanístico do século XX, deveria ocupar lugar central na construção de um paradigma para a humanização da assistência à saúde e na formação dos profissionais que se ocupam dela. Ou seja, a construção de um novo paradigma em relação à quantidade e os tipos de profissionais de saúde em busca de um atendimento humanizado, baseado em uma das marcas dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), fortalecimento da equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e grupalidade (BRASIL, 2006, p.17).

Concluindo o referido tópico, com base nos dados da pesquisa, o atendimento humanizado nas UBS é caracterizado pela falta de respeito e atenção. Apesar de alguns ACS, sujeitos da pesquisa, terem levantado que existe atendimento com carinho por parte de alguns profissionais e entre eles. Outro foco percebido pelos ACS é a falta de profissionais, principalmente o médico que não é suficiente para atender a demanda das UBS.

3.2.3 Percepções dos ACS referente ao ambiente da UBS (Categoria 3).

Nesta terceira e última categoria, a percepção dos ACS está representada por alguns aspectos físicos dos edifícios das Unidades Básicas de Saúde 45,47% e pelas relações interpessoais 30,58% vivenciadas nessas unidades.

Considerou-se pertinente lembrar que a percepção é compreendida como o processo de extrair informações que leva o indivíduo a perceber e extrair certas informações sobre o ambiente (BARCELAR,1998), de acordo com as motivações sociais, os valores, objetivos, emoções, os interesses, expectativas e outros estados mentais (DAVIDOFF, 2001).

Convém ressaltar que, com a política de humanização à saúde Brasil (2006), o espaço físico conquistou atenção especial e os espaços social, profissional e de relações interpessoais, mereceram destaque, pois proporcionam um ambiente facilitador da atenção acolhedora, resolutiva e humana. Desse modo, no debate da humanização, o conceito de ambiência para a arquitetura nos espaços ou territórios de encontro do SUS, atingiu um avanço qualificativo.

Esse avanço tem contado com a colaboração de pesquisadores da arquitetura e da psicologia que vêm incrementando estudos sobre edifícios para além das suas características físicas e construtivas, e discutindo e avaliando o edifício enquanto espaço vivencial (ELALI, 1997).

Didaticamente, o conceito de ambiência segue três eixos: espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos; espaço que possibilita a produção de subjetividade; e o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo, principalmente, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2006, p.6).

Em relação à percepção dos agentes comunitários, referentes ao aspecto físico dos edifícios das unidades, a maioria fez alusão à necessidade de reforma como pode ser ilustrada nas falas seguintes:

Precisa melhorar. Ter sala de reunião, auditório, consultório pediatria (2)

A estrutura precisa melhorar e reformar (19)

A estrutura está precisando de uma reforma urgente falta de banheiro para os pacientes, falta sala para médicos, falta água para beber (36)

A estrutura da UBS precisa de uma reforma urgente, faltam salas (40).

Bom. Precisa de uma pequena reforma no telhado (87)

O ambiente não é muito legal, precisando melhorar para a comunidade (98)

O ambiente muito precário, precisando de uma maior reestruturação (101)

A percepção dos ACS, referente ao ambiente da UBS, é que a maioria dessas unidades está carente de reformas e/ou manutenção. Ressaltamos que as queixas registradas em relação a esta subcategoria foram basicamente das UBS da zona rural, que eram instaladas em escolas ou casas alugadas em locais geograficamente favoráveis ao atendimento das comunidades. Esses espaços, ainda que adaptados, terminavam não atendendo de forma humanizada a população daquela zona. Podemos destacar relatos de agentes quando se tratava de UBS na zona Urbana:

Antes era uma coisa pequena sem estrutura e agora (3 meses) casa nova, ampla, e aconchegante (25)

Regular. A estrutura não tem o que uma UBS... (28)

No conteúdo das respostas há algumas falas com características de queixas referentes à escassez e falta de recursos humanos, materiais e medicamentos como podem ser observada na falas abaixo:

Falta muita coisa, uma estrutura melhor como: médico, dentista, estrutura física e higienização, onde a limpeza fica por conta dos próprios agentes, e principalmente a falta de remédios (103).

O ambiente não é adequado, pois é uma escola pública. Falta até cadeira para o médico atender (97)

Impróprio para atendimento. Telhado e limpeza inadequados. Estrutura não é de um posto (107)

Para esses agentes, as Unidades Básicas de Saúde não apresentam condições mínimas de prestar a população um atendimento em um ambiente digno, ao qual tem direito. Um ambiente que tente respeitar o conceito de ambiência proposta pela arquitetura nos espaços de saúde, que visa, dentre outros fatores, à confortabilidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, vindo a garantir conforto aos trabalhadores e usuários. A inexistência de recursos básicos, como cadeira para o médico e demais profissionais realizarem suas atividades, além de dificultar o processo de trabalho desses profissionais, pode comprometer também a atitude de acolhimento enquanto estratégia básica na reconfiguração do processo de trabalho em saúde que visa atendimento humanizado, acolhedor e receptivo, como é preconizada no ideário da política de humanização defendida pelo SUS (BRASIL, 2006).

A falta ou escassez de materiais dessa natureza e outras como medicamentos, compromete negativamente um dos eixos que compõe o conceito de ambiência que é – o espaço que possibilita a produção de subjetividades - representado pelo encontro dos sujeitos. Nesse sentido, Brasil (2006) enfatiza que a ambiência enquanto espaço de que encontro entre sujeitos apresenta-se como um dispositivo que potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho. E os sujeitos envolvidos nessa reflexão podem transformar seus paradigmas e a ambiência pode ser uma dos paradigmas do processo de mudança.

Entretanto, a escassez e mesmo as faltas desses materiais podem motivar encontros conflituosos entre equipe de saúde e usuário, pelo fato desse ser prejudicado no atendimento das suas necessidades. Além disso, frustra aqueles que tiveram acesso ao serviço, acentua o descrédito da população adstrita, desgasta a imagem dos profissionais da equipe, e pode ainda dificultar relações imediatas do agente com os usuários

prejudicados no seu atendimento, até porque, como afirmam Nunes *et al* (2002), o ACS tem o papel de articulador e mediador entre o serviço da equipe e a população.

Considera-se pertinente lembrar que as UBS, enquanto territórios de encontros do SUS, portanto esfera pública, como diz Jovchelovitch (2000), tem suas representações sociais prejudicadas devido a imperativos culturais e históricos da sociedade brasileira. Essa autora, que investigou as representações sociais sobre a esfera pública no Brasil, *entende que as limitações da esfera pública brasileira são explícitas e visíveis... Nesta sociedade, a esfera pública permanece uma aspiração, um projeto, algo pelo qual ainda é preciso lutar* (JOVCHELOVITCH 2000, p. 185).

Ainda em relação à subcategoria (aspectos físicos do ambiente), percentual significativo, 20,37 % declararam que **estrutura física da UBS era pequena**. Vejamos:

A estrutura é pequena em relação ao tamanho da comunidade (4)

Falta espaço físico, pois há um grande número de usuários (16)

O ambiente físico torna-se pequeno pela quantidade de pessoas atendidas aqui (59)

A estrutura é pequena, falta lugar para as pacientes sentar (85)

A percepção do ACS, referente ao ambiente da UBS, é pequena, ou seja, não possui estrutura física de uma Unidade de Saúde, principalmente pela demanda dos usuários de cada UBS que é grande. Constata-se que não só falta lugar para sentar, como afirmou o agente 85, como também as recepções são estreitas, pequenas e com pouca ventilação natural. Nesse sentido, a ambiência dessas unidades, além de comprometer a confortabilidade dos trabalhadores e usuários, pode tornar estes mais vulneráveis a microorganismo que permeiam ambientes de cuidados à saúde. Nesse caso compromete o ambiente no aspecto de promotor da saúde ambiente. Czeresnia (2003, p. 28), ao considerar o ambiente como uma variável condicionante e promotora de saúde, enfatiza: [...] da *necessidade da* “criação de ambientes (na acepção mais ampla do termo) favoráveis para que as pessoas possam viver vidas saudáveis”.

As condições ambientais são entendidas como o conjunto de variáveis do ambiente que circunda uma pessoa durante a realização de suas atividades. Essas variáveis são classificadas em três categorias: condições físicas (temperatura, iluminação, ruídos), condições temporais (horário de trabalho, intervalos de descanso, duração do turno de trabalho) e condições sociais (ZANELLI, 2004). Relembramos que o artigo 200 da Constituição Brasileira compreende também o ambiente de trabalho como lugar merecedor de atenção referente à saúde. Um percentual de 22,22% dos ACS consideram boa a estrutura física das UBS.

Ambiente físico é bom... (24)

O ambiente físico é ótimo e as relações é boa com a comunidade (27)

O ambiente é muito bem estruturado para receber a quantidade de pacientes que são atendidos (80)

A estrutura é boa....(95)

Para esses agentes, a percepção referente ao ambiente da UBS estrutura física é boa, no entanto, como já mencionados anteriormente, a maioria dessas UBS estão localizadas na zona urbana no centro da cidade. Também encontramos algumas Unidades de Saúde na zona rural com estrutura de boa qualidade, arborizada e com recepção ampla. Confirmando as falas citadas acima pelos agentes 80 e 95. A percepção desses agentes em relação a uma boa estrutura ficou restrita apenas ao espaço físico. Entretanto, outros agentes apresentaram outros elementos no seu discurso referente ao ambiente das UBS, conforme ilustrado nas falas seguintes:

Um ambiente que merece melhorar. Os espaços devem ser mais bem aproveitados para melhor atender pacientes com conforto e humanidade (37)

Um ambiente muito bom mais ao mesmo tempo ruim, pois as pessoas que trabalham nem sempre estão alegres e atendem as pessoas muito mal, como se os problemas delas as pessoas devessem culpa. Falta de limpeza (54)

O ponto é bom, organizado, higiênico, a casa tem banheiro. Sala para manter a privacidade do usuário. Os profissionais se relacionam bem. Há participação e coerência. A enfermeira coordenadora abre espaço para escutar os agentes (29)

Serventes sempre limpando, ambiente limpo (49)

União acima de tudo, dando um conselho ao outro pra sempre ter um ambiente com paz e harmonia (52)

A amizade no trabalho é boa, como são profissionais competentes, melhorar o atendimento em domicílio, a estrutura da UBS é boa (46)

Serventes sempre limpando, ambiente limpo (49)

Deveria trabalhar os profissionais o lado emocional e não só o dinheiro. As relações são prejudicadas por falta de motivação dos agentes (50)

União acima de tudo, dando um conselho ao outro pra sempre ter um ambiente com paz e harmonia (52)

Nas percepções verbalizadas pelos ACS, sobre o ambiente das UBS, 27,78% fizeram alusão às **relações interpessoais**. Essa alusão é pertinente a ocorrência de fatos no dia a dia em nosso território vivenciado por um grupo de pessoas com seus valores culturais que perpassam as relações sociais. Segundo Muchinsky (2004), a cultura representa as linguagens, as atitudes, as convicções e os costumes de uma organização. A cultura organizacional ou cultura corporativa é o conjunto de hábitos e crenças, estabelecidos por normas, valores, atitudes e expectativas, compartilhadas por todos os membros da organização, que constitui o modo institucionalizado de pensar e agir que existe e em uma organização (CHIAVENATO, 2004).

Organização neste contexto pode ser caracterizada como o ambiente da UBS físico e das relações interpessoais. A psicologia organizacional é uma subárea da psicologia, que se ocupa da aplicação de princípios psicológicos em situações de trabalho. Ao longo da história sofreu mudanças de nomenclatura e de foco, as quais segundo Spector (2003), referem-se aos recursos humanos (denominada de industrial), às relações humanas (denominada de organizacional) e à saúde do trabalhador e sua satisfação no trabalho (denominada de psicologia do trabalho).

Daí, a verbalização da percepção individual que expressa também parte da percepção do grupo dos ACS, integrantes da equipe do Programa Saúde da Família. Algumas alusões são negativas como ilustradas nessas falas:

Cheio de desamor, desrespeito...(1).

A amizade não ocorre um querendo ser melhor que o outro, que deveria ser como uma família (8)

Percebo que existem pessoas desunidas, e mal informadas, e que muitos se desfazem dos agentes comunitários de saúde (56)

Cheio de intrigas, uns querendo passar querendo passar por cima dos outros, muita arrogância das pessoas, sem falar da falta de educação das mesmas (71)

As relações são prejudicadas por falta de motivação dos agentes (50)

A percepção para esses agentes sobre as relações interpessoais, é que existe muita dificuldade entre eles, isso fica claro nas falas quando afirmam a falta de amizade e as intrigas que acontecem nesse ambiente, que acaba sendo caracterizado como um ambiente desumano. Percepção é um processo cognitivo complexo que depende tanto do meio ambiente - estímulos sensoriais para elaboração – como da pessoa que o percebe (DAVIDOFF, 2001; ATKINSON, 2002). A humanização também é enfocada, de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com o usuário, assim como às questões administrativas de instituição, mostrando-se desarticuladas das dimensões político-sociais do sistema de saúde (CASSATE, 2004).

Ainda em relação a esta subcategoria, *relações interpessoais*, 30,56% dos ACS **falaram que há boa relação entre os profissionais**, segue alguns exemplos:

A amizade é ótima (22).

Bom, um ajudando o outro da melhor maneira (81)

Todos trabalham com total respeito um ao outro, com harmonia e dedicação (104)

As relações entre os ACS são ótimas (106)

Esses ACS perceberam que também existe uma boa relação entre os profissionais de saúde, inclusive entre os agentes, segundo as falas citadas acima, onde um ajuda o outro e que todos trabalham com total respeito, harmonia e dedicação.

Com este trabalho, identificou-se que os agentes comunitários de saúde percebem uma grande necessidade de melhoria nas relações interpessoais entre os profissionais de saúde das UBS. E que essa melhora irá proporcionar uma humanização no atendimento, pois um ambiente onde existe amizade e harmonia entre os colegas de trabalho, cria uma atmosfera de paz, levando ao atendimento com respeito e atenção aos usuários. Percebe-se também que é de suma importância um ambiente físico adequado, ou seja, ambiente apropriado com consultórios, recepção, rampa de acesso e toda uma

estrutura arquitetônica para atender a demanda de cada comunidade. É preciso pensar, respeitar, ser humano, quando se pensa em um espaço para atender seres humanos. Não se deve simplesmente alugar uma casa qualquer e lá depositar profissionais para atender pessoas que buscam o alívio de suas dores, sejam físicas ou psíquicas. É preciso respeito, atenção, amor e humildade quando se pensa em cuidar do outro.

Constatou-se que as palavras respeito, atenção e amor, elementos que obtiveram maiores ocorrência dentre as evocadas, que compõem o núcleo central, foram as que tiveram maior número de citações, confirmadas no discurso dos ACS nas entrevistas que tiveram como perguntas indutoras as seguintes: O que é para você o atendimento humanizado? Como você caracteriza o atendimento humanizado nesta UBS? Como você percebe o ambiente desta UBS?

Comprovou-se também que no discurso gerado das respostas às questões indutoras, o tema relações interpessoais permeou o conhecimento, as características e as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde, sobre atendimento humanizado, características do atendimento humanizado e percepção do ambiente das Unidades Básicas de Saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo, analisar as Representações Sociais (RS) da humanização nos atendimentos elaborados, compartilhados e construídos pelos agentes comunitários de saúde, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Lagarto no Estado de Sergipe. Procurou-se compreender e tornar evidente o que é o atendimento humanizado, como é caracterizado e qual a percepção sobre o ambiente das UBS.

Utilizando os aportes teóricos da Política Nacional de Humanização (PNH) ou Humaniza/SUS e da Teoria das Representações Sociais (TRS), identificou-se a existência de uma necessidade emergente de mudanças, no que concerne ao atendimento aos usuários nas UBS. Assim, buscou-se um estudo descritivo e analítico com abordagem quantitativa e qualitativa, incluindo a associação livre de palavras e entrevistas semi-estruturadas.

A primeira possibilitou a identificação do Núcleo Central (NC) de Abric (2000) e o roteiro de entrevista - instrumento indicado para investigações empíricas na área da psicologia geral e na psicologia social, denominada por Moscovici (1978) de psicossociologia para pesquisa das representações sociais que possibilitou, através da análise de conteúdo fundamentada em Bardin (1977), a construção do senso comum na ótica dos entrevistados. Após análise das palavras evocadas, a partir da associação livre e as informações contidas nos conteúdos das entrevistas, possibilitaram a apreensão das representações sociais do atendimento humanizado, através da construção do conhecimento empírico.

Levantou-se que o atendimento humanizado, segundo os ACS, é atender com respeito, atenção, amor, qualidade e igualdade para todos. Entretanto, observou-se que alguns ACS, apesar de já terem participado de oficinas e capacitação de humanização, pareceram não demonstrar interesse em seguir a proposta da Política Nacional de Humanização implantada pelo Ministério da Saúde e implementada pela Secretaria Estadual e Municipal de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde de Lagarto. Pois, apesar de terem elaborado, a partir da RS o significado do atendimento humanizado, na prática, percebe-se uma incoerência das idéias expressadas, vez que o atendimento é pouco humanizado. Que entre alguns ACS da zona rural é comum um tratamento com respeito, atenção e amor. Fato pouco encontrado entre os ACS da zona urbana, onde predomina a concorrência e de certa forma o medo de perder o emprego, provavelmente por estarem vivendo um momento de transição na gestão Municipal e Estadual.

A percepção do atendimento humanizado nas UBS, segundo os ACS é quase da mesma forma de como eles representaram o conceito de atendimento humanizado. A percepção no atendimento, portanto, é atender com respeito, atenção e carinho, em quase todas as UBS, tanto da zona rural, quanto da zona urbana. No tocante a zona urbana, percebeu-se um ambiente mais desumano, com muitas queixas, sendo a mais recorrente a ausência do profissional (médico), filas enormes, recepções lotadas, que, provavelmente, segundo os ACS, leva aos recepcionistas atender com mau humor, demonstrando falta de atenção e carinho com os usuários que chegam na UBS. Já na zona rural, os ACS demonstravam uma relação de harmonia entre eles, com aparente respeito, atenção e carinho, no entanto, a maioria das queixas foram voltadas pelo número reduzido das visitas do médico, ocasionando o acúmulo de pessoas para serem atendidas no mesmo dia.

Em relação à percepção dos agentes referente ao ambiente das Unidades Básicas de Saúde, foi caracterizado não apenas o ambiente físico, como também o ambiente social. Os ACS trouxeram muitas queixas referentes à estrutura física, tais como: casa pequena, sem reformas apropriadas para uma instalação da UBS e ou salas das escolas da comunidade. Os agentes demonstravam constrangimento em ter que trabalhar com saúde em ambientes tão inapropriados. Por outro lado, aspectos positivos também foram apontados como: casas reformadas e amplas, adequadas para um bom atendimento. Essas queixas foram realmente confirmadas, de fato os ambientes eram impróprios, necessitando de reformas urgentes. Tais situações estão presentes na grande maioria das UBS da zona rural. Já na zona urbana, ficou perceptível que as Unidades eram de boa qualidade, pois as casas eram amplas e reformadas com estrutura de Unidade de Saúde.

Segundo o relato de determinados ACS, algumas UBS estão instaladas em escolas da comunidade, principalmente as da zona rural, por estarem localizadas geograficamente mais próximas para o atendimento da maioria dos usuários daquela zona. Como também, pelo processo de transição da gestão, que já sinalizou alugar e reformar casas, com ambiente mais apropriado ao atendimento humanizado. Mudanças comprovadas em algumas UBS da zona urbana, com casas higienizadas, limpas e arborizadas.

Em relação a esta pesquisa, todos os questionamentos formulados, a partir dos objetivos que deram origem a este estudo, foram alcançados no transcorrer da pesquisa, principalmente em relação à necessidade de se perceber a importância ao atendimento humanizado nas Unidades Básicas de Saúde.

É pertinente ressaltar que, a proposição dessa dissertação foi aplicada no decorrer da análise do conhecimento do senso comum, a partir das queixas dos entrevistados, e das percepções positivas e ou negativas em relação ao atendimento humanizado no ambiente das UBS.

Várias foram as dificuldades encontradas na execução desta pesquisa. Entre elas o acesso até o município de Lagarto, localizada a 78 km de Aracaju. Assim como, o acesso as UBS, visto que, estão distribuídas em todo município, que perfaz uma área geográfica de 969 km². A maior dificuldade dentre estas foi o acesso para as UBS da zona rural, devido às estradas de chão, estreita e com muitos buracos. Em uma das visitas, os pesquisadores foram surpreendidos por uma forte chuva que os deixou sem acesso na estrada, impossibilitando a chegada a UBS. Dessa forma, foi necessário adiar e marcar uma nova data para as entrevistas com os ACS, que também ficaram impossibilitados de chegar na UBS.

Apesar das dificuldades no acesso, teve-se orientação de como chegar até o UBS pelas coordenadoras do Grupo de Trabalho Humanizado (GTH) e Atenção Básica Geral da Secretaria Municipal de Saúde, que inclusive também facilitou o encontro com os agentes comunitários de saúde, marcando data e horário entre nós.

Neste sentido, pode-se ressaltar que além da condição empírica, esta pesquisa proporcionou por meio do psicossocial um estudo gratificante por ter desenvolvido um tema de relevância para a sociedade, bem como está podendo contribuir no reforço da prática da Política Nacional de Humanização de forma significativa. Espera-se que este trabalho possibilite abrir novos horizontes para uma maior compreensão da importância das percepções, não apenas dos agentes comunitários, mas dos profissionais de saúde em geral em relação à importância do atendimento humanizado. Ou seja, atender com respeito, atenção, amor e tratando todos da mesma forma – humanizada – desejo de todo ser humano quando busca um atendimento para aliviar sua dor.

Planeja-se em levar projetos relacionados ao tema desta pesquisa para os gestores públicos, a fim de sensibilizá-los da necessidade real e da importância em subsidiar projetos como estes, que visam a melhoria do atendimento aos usuários, não apenas nas Unidade Básica de Saúde, mas também em toda a rede de saúde.

É preciso pensar, respeitar, o ser humano, quando pensarmos em um espaço para atender seres humanos. Não devemos simplesmente alugar uma casa qualquer e lá depositarmos profissionais para atender pessoas que buscam o alívio de suas dores, sejam

físicas ou psíquicas. Além da competência técnica, é preciso respeito, atenção, amor e humildade quando pensarmos em cuidar do outro.

Para tal, novas pesquisas que envolvam todos os profissionais de saúde, deveriam ser desenvolvidas não só da atenção básica, como também de outros níveis de atenção. Deveriam ser realizadas, ainda, pesquisas com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em que eles possam participar da construção de um atendimento humanizado como é preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH).

Ressalta-se que a XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no mês de Novembro próximo passado, cujo tema principal foi *Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento* teve como eixos centrais os seguintes subtemas: *Eixo I - Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI*. *Eixo II, Políticas Públicas e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde. E Eixo III - a Participação da Sociedade Efetivação do Direito Humano à Saúde*. O fato dessa Conferência reservar dois eixos à temática da Humanização na Saúde, ratifica a pertinência deste estudo.

Portanto, o presente trabalho que versa sobre *Humanização em Ambiente da Atenção Básica à Saúde* pode contribuir na implementação de novos valores, novos paradigmas, por meio do entendimento entre sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, gerindo a gestão participativa e adequar os serviços ao ambiente físico, social e a cultura local, promovendo a ambiência acolhedora e confortável conforme preconiza a Política Nacional de Humanização.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Rev. Goiânia/GO: AB, 2000, p. 27-38.

ARRUDA, Â. **Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cadernos de Pesquisa**. Rio de Janeiro, 2002. n. 117, pág. 127-147, novembro/ 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>> Arquivo capturado em 10 de setembro de 2006.

ATKINSON, R. **Introdução à Psicologia de Hilgard**. 13 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARCELAR, R. **Uma Introdução à psicologia**. Recife: FASA, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BECK, A. T. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Arte Médicas, 1997.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde in. **Ciências e Saúde Coletiva**., v.10, n.3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/> Acesso em 15/08/2006.

BOCK, A. M.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Observatório **de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise**. (Org) André Falcão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNH - Política Nacional de Humanização**. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS); 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Tradução Luis Eduardo Fonseca. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002**. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção da saúde (1986)** [on line]. Disponível na internet via <www.saude.gov.br/bvs/conf-tratados.html> Arquivo capturado em 10 de setembro de 2006.

CAMARGO. B.V. Introdução. In : MOREIRA, A.S. P., *et al.* **Perspectiva Teórico-Metodológicas em Representações Sociais**; João Pessoa: UFPB, 2005.

CASSATE, J.C.; CORREA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura de enfermagem brasileira, *Revista Latino americana de Enfermagem*, 13(1), p.105-111, 2004.

CLONINGER, S. C.; **Teorias da personalidade**, São Paulo: Martins Fontes, 2003.

CHIAVENATO, I.; **Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CRUZ, E.A. **Práticas Profissionais dos Trabalhadores em Central de Maternidade e Esterilização: representações sociais da equipe de enfermagem**. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará-Brasil, 2003.

CZERESNIA, D.(org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

DAVIDOFF, L. **Introdução à Psicologia**: 3 Ed. São Paulo: Makron, 2001.

DEL PRETTE, A. DEL PRETTE, Z.A.P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

DESLANDE, S. F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar**. Ciência & Saúde Coletiva 9(1): 7-11, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>. Acesso em 18/08/2007.

DONABEDIAN, A. **A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

ELALI, G. A. Psicologia e Arquitetura: em busca do lócus interdisciplinar. **Estudos de Psicologia**, 2(2): 349-362, 1997.

FERNANDES, M.F.P. e FREITAS, G.F. Fundação da ética. In: OGUISO, T. e ZOBO, E.L.C.P. (orgs). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

FERREIRA, A.B. H. **Novo Aurélio século XXI. O dicionário da língua portuguesa**. 3 Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRANCO, M. L. P. B. **Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência.** Cadernos de Pesquisa, 34(121) p.169-186. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n121/a08n121.pdf>.

FRICK, W. B. **Psicologia Humanista: entrevistas com Maslow, Murphy e Rogers.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

HEIDEGGER, M. **Conferência e escritos filosóficos.** São Paulo: Abril Cultural, 1979.
IBAMA, **Histórico do Meio Ambiente.** (2006). Consultado em <http://www.ibama.gov.br/institucional/historia/index.htm> . Acessado em 09/11/2006.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2007). **Estudos e Pesquisas: informação demográfica e sócio econômica.** N. 17. de <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população.pdf>. Acessado em 06 de dezembro de 2006.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In JODELET, D. (org). **As Representações Sociais.** Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações Sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

KLUTCHCOVSK, A.C.G. C. e TAKAYANAGUI. O agente comunitário de saúde: uma versão da literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 14(6): 2006.

LÉVITAS, E. **Humanismo do outro homem.** Petrópolis. Editora Vozes, 1993.

MALINK, A. M. Qualidade em serviços de saúde em setores público e privado. *Cadernos FUNDAP*, janeiro\abril, p. 7-24, 1996.

MELO, J.J.P. **O estado romano e a formação do cidadão, Teoria e prática da educação.** (2005). <http://www.dtp.uem.br/rtp/volumes/v8n3/completos/008.pdf>. Acesso em 15/07/2007.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In. FINKELMAN, J. (org) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MESTRE, M.; PINOTTI, R.C.. As Representações Sociais e o Inconsciente Coletivo: um diálogo entre duas linhas teóricas. *Revista de Psicologia*, nº 4, Curitiba/PR, jul./2004.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo; Melhoramento, 1998.

MINAYO, Maria Cecília Souza. O conceito de representações sociais dentro da sociologia. In. GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

MOLINA, A. **Humanização da assistência à saúde: bases teórico-filosóficas e sugestões pragmáticas**. (2002). http://www.crmmt.cfm.org.br/jornal/jonais/2002/Dezembro/pag_8.htm. Acesso em 15/07/2007.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral (1961). Edição consultada: 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____. **Representações Sociais: teoria e prática**. 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2003.

MUCHINSKY, P. M. **Psicologia organizacional**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

NORMA. O.K. From behaviorism to humanism: Incorporating self-direction in learning concepts into the instructional design process. In H. B. Long & Associates, **New ideas about self-directed learning**: Oklahoma Research Center for Continuing Professional and Higher Education, University of Oklahoma, 1994. <http://home.twcny.rr.com/hiemstra/sdlhuman.html>. Acesso em 12.10.2007

NUNES, M.O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública* 18(6), 1939-46, 2002.

OGUISSO, T. ; ZOBOLI, E.L.C..P. **Ética e biótica: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri: Manole, 2006.

OLIVEIRA, D.C.de. *et al.* Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In : MOREIRA, A.S. P.,*et al.* **Perspectiva Teórico-Metodológicas em Representações Sociais**: cap. 19, João Pessoa: UFPB, 2005.

OLIVEIRA, M.S. B. S. de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19(55), 2004.

PUCCINI, P.T. e CECÍLIO, L. C. O. *A humanização dos serviços e o direito à saúde* *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), p.1342-1353, 2004.

PEARCE, W. BARNETT. Novos modelos e metáforas comunicacionais: a passagem da teoria à prática, do objetivismo ao constitucionismo social e da representação. In: SHNITMAN, D.F. (org). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Tradução de Jussara Lambert Rodrigues. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 172-183. cap. 9.

RIZZOTTO, M.L.F. As Políticas de Saúde e a Humanização da Assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(2), p.196-199, 2002.

ROGERS, C. R. **Terapia Centrada no Cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____, C. R. **Reply to Rollo May's Letter to Carl Rogers**. *Journal of Humanistic Psychology*, 22,85-89. 1982. <http://existential-therapy.com/HumanisticPsychotherapy.htm>. Acesso em 12.10.2007.

SÁ, C.P.de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SÁ, C.P.de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SAMPAIO, G. P. **Relações humanas em destaque**, São Paulo: Nobel (2004).

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe **Relatório das Atividades de Humanização de 2005**. Aracaju/SE, 2005.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe **Relatório das Atividades de Humanização de 2004**. Aracaju/SE, 2004.

SILVA, J. e DALMASO, A.S. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2002.

SINGER, P. I. CAMPOS, O. e OLIVEIRA, E.M. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.

SOUSA, M.F.de. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

SPECTOR, P. E. **Psicologia nas Organizações**. São Paulo: Saraiva, 2003.

SPINK, M. J. **O Conhecimento Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**, São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993.

TOLEDO, L.C.M. **Humanização do edifício hospitalar, um tema em aberto**. (2007). http://mtarquitectura.com.br/HUMANIZAÇÃO_%20EDIFICIO_HOSPITALAR.pdf. Acesso em 15/07/2007.

VÈRGES, P. A evocação do dinheiro: um método para definição do núcleo central de uma representação. . In: MOREIRA, A.S. P.,*et al.* **Perspectiva Teórico-Metodológicas em Representações Sociais**: cap. 15, João Pessoa: UFPB, 2005.

ZANELLI, J.C; ANDRADE, J.E. B; BASTOS, A.V.B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

6 ARTIGO

AMBIENTE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Alvaci Freitas Resende¹
Valmira dos Santos²
Marlizete Maldonado Vargas³

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde referente ao ambiente das Unidade Básica de Saúde. É um estudo descritivo e analítico que utilizou dados quantitativos e qualitativos com abordagem de análise de conteúdo. Foi utilizada uma das perguntas que compõem o instrumento de coleta de dados da dissertação, dos 108 agentes comunitários de saúde, 45,47% fizeram alusão a estrutura física e 30,50% a relações interpessoais nas quais foram citados aspectos favoráveis e desfavoráveis. Um percentual de 24,07% fez alusão tanto nas relações físicas quanto as relações interpessoais. Diante dos resultados apresentados conclui-se que os agentes comunitários percebem a importância de boas relações entre os profissionais no ambiente de trabalho como também a necessidade de uma estrutura física adequada para assim podermos ter humanização no atendimento.

Palavras-chaves: ambiente, saúde, humanização no atendimento, percepção.

¹ Psicólogo, Mestrando em Saúde e Ambiente pela UNIT, Docente da Universidade Tiradentes.

² Enfermeira, Doutora pela USP, Orientadora e Docente da Universidade Tiradentes.

³ Psicóloga, Doutora pela Universidade Católica de Campinas, Co-orientadora e Docente da Universidade Tiradentes.

ENVIRONMENT OF BASIC UNITIES OF HEALTH: PERCEPTION OF COMMUNITARIAN AGENTS OF HEALTH

Alvaci Freitas Resende¹
Valmira dos Santos²
Marlizete Maldonado Vargas³

ABSTRACT

This article has for objective to analyze the perception of the communitarian agents of referring health to the environment of the Health Basic Unit. It is a descriptive and analytical study that it used given quantitative and qualitative with boarding of content analysis. One of the questions was used that compose the instrument of collection of data of the writing text, of the 108 communitarian agents of health, 45,47% had made commentary physical structure and 30,50% the interpersonal relations in which favorable and favorable aspects had been cited. A percentage of 24,07% made commentary in the physical relations in such a way how much the interpersonal relations. Ahead of the presented results one concludes that the communitarian agents perceive the importance of good relations between the professionals in the work environment as well as the necessity of a structure adjusted fisic thus to be able to have humanization in the attendance.

Key-words: environment, health, humanization in the attendance, perception.

¹ Psychologist, Master in Health and Environment for the UNIT, Professor of the University Tiradentes

² Nurse, Doctor for the USP, Advisor and Professor of the University Tiradentes

³ Psychologist, Doctor for the Catholic University of the Campinas, Co-advisor and Professor of the University Tiradentes.

AMBIENTE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:

PERCEPÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

A preocupação com o ambiente de cuidados à saúde com intenções humanizadoras não é recente. Desde o filósofo persa Avicena, no século X, passando por; arquitetos e construtores europeus no século XVIII, que estabeleceram diretrizes para uma nova proposta hospitalar intitulada por Michel Foucault do hospital terapêutico; até a enfermeira inglesa Florence Nightingale, que em meados do século XIX reconheceu no ambiente potencial para a reconstituição da energia vital necessária ao restabelecimento dos enfermos hospitalares (SINGER, CAMPOS e OLIVEIRA, 1988 e TOLEDO, 2007).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 200 atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) o dever de colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho (BRASIL, 1990). Na Conferência sobre Cuidados Primários à Saúde, esta foi reconhecida como um direito humano fundamental, e o ambiente como seu determinante. Anos após 1988, na Primeira Conferência Internacional de promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, foi reafirmado o entendimento da saúde como um direito humano, e o ambiente como um dos principais determinantes de saúde (BRASIL, 2006).

O SUS contempla no seu ideário a organização da rede de atendimento à saúde a partir da Atenção Básica, que é um conjunto de ações de saúde que engloba a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2003, p. 89) e contempla a ambiência como variável na humanização do atendimento (SOUSA, 2002). A ambiência no setor saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006), ofertados por profissionais que compõem a equipe básica do Programa Saúde da Família, composta de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que é considerada a principal estratégia da reorganização do modelo de atenção à saúde adotado pelo SUS.

Sendo assim podemos enfatizar a ambiência em três aspectos ou eixos espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos; espaço que possibilita a produção de subjetividade; e o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho favorecendo principalmente o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2006, p.6). Em que o agente comunitário de saúde (ACS) morador da própria comunidade tem o papel de mediador do universo científico ao popular, facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde e participante de ações para a melhoria do ambiente.

O presente estudo trata da apresentação da análise da percepção de agentes comunitários de saúde sobre o ambiente das relações sociais que se processam nas Unidades Básicas de Saúde onde trabalham. Convém ressaltar que a percepção é compreendida como o processo de extrair informações que levam o indivíduo a perceber e extrair certas informações sobre o ambiente (BARCELAR, 1998).

O interesse de conhecer e analisar a percepção de ACS justifica-se com o fato desses profissionais estarem mais em contato com os usuários de os demais profissionais da equipe e, por isso, poderem nos revelar, a partir de suas percepções, aspectos relevantes do ambiente da UBS enquanto cenário da humanização do atendimento.

Segundo Deslandes (2004, p.7),

O termo humanização tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde. É a base de amplo conjunto de iniciativas, mas não possui uma definição mais clara, geralmente designando a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do profissional.

No âmbito da saúde, o que se refere à subjetividade do ambiente pode ser definido através das dimensões sociais e culturais, que às quais estão sempre presentes no ambiente, mediando a percepção, a avaliação e as atitudes do indivíduo frente ao mesmo.

Para a psicologia ambiental o ambiente significa “fornecer informações capazes de identificar as condições envolvidas na congruência pessoa-ambiente e no bem-estar(...)” Moser (2003). Neste sentido, o ambiente pode ser interpretado como o espaço físico, ou seja, é o local em que estamos e que as nossas atitudes vão ser diferenciadas de acordo com a dimensão

No âmbito da geografia humanística que considera-se os sentimentos espaciais e as idéias de um grupo ou povo sobre o espaço a partir da experiência (...)(CORRÊA, 1995, p. 30). Por isso, evidenciar-se que a representação social nas

unidades básicas de saúde é onde se insere a vivência por meio da experiência de cada indivíduo, seja agente de saúde ou usuário.

É nesse espaço que se territorializa as relações de poder e hierarquia. Numa concepção mais ampla, o território incorpora as relações hierárquicas que ocorrem no espaço e entre as relações sociais: a relação de grupos sociais com o lugar, a identidade da população com o território... No entanto, essa territorialização é heterogênea, são categorias que vão se modificando conforme os valores sociais.

Portanto, o ambiente na humanização assim como na psicologia ambiental não se resume apenas na percepção do espaço/ambiente físico, mas nas relações do indivíduo com o meio em que vive e /ou trabalha.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, que utiliza dados quantitativos e qualitativos, com uma abordagem de análise de conteúdo, objetivando identificar a percepção dos ACS acerca do ambiente de ao usuário em Unidades Básicas de Saúde (UBS). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Tiradentes, que teve sua aprovação mediante o parecer nº 281206. A coleta de dados foi efetivada com 108 ACS (N-171), sendo que 10 sujeitos participaram do teste do instrumento; um recusou-se participar e dois encontravam-se em licença maternidade e 50 faltaram às respectivas UBS's, no dia agendado, para a coleta de dados. A população foi composta por ACS de um município na região sul de Sergipe.

Para o levantamento dos dados utilizou-se a técnica a entrevista semi-estruturada para conhecer as características da percepção do ambiente nas UBS que os ACS possuem. Reuniu-se as falas referentes ao tópico do roteiro que trata da percepção do ambiente das UBS, apresentadas por todos os 108 ACS. Agrupou-se as respostas por unidade de significados e pontuou-se a frequência das mesmas.

Utilizou-se os três pólos de análise proposto por Bardin (1977): a pré-análise, a exploração do material; e o tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação.

Caracterização dos sujeitos

Foram levantadas informações de identificação de cada sujeito entrevistado e elaborado quadro com as características relativas à etnia, escolaridade e religião, conforme quadro abaixo:

Etnia	%	Escolaridade	%	Religião	%
Pardos	56	Ensino médio completo	50	Católicos	81,5
Morenos	21	Ensino superior incompleto	21	Evangélicos	9,3
Branços	15	Ensino médio incompleto	16	Outras	5,6
Negros	5	Ensino fundamental completo	6	Espíritas	1,9
Em branco	3	Ensino superior completo	5	Espiritualistas	0,9
--	--	Ensino fundamental incompleto	2	Umbandistas	0,9

QUADRO 1 – Caracterização dos sujeitos – Dados de identificação. N.108 – Aracaju, SE, 2007.

Quanto ao gênero 79% são mulheres e 21 % são do sexo masculino, diferença que ratifica a feminilização do trabalho em saúde, principalmente em atividades com exigência de níveis fundamentais e médios.

Dos participantes da pesquisa 56% dos respondentes se consideram “pardos”; 21% se auto-intitulam “morenos”; 5% se dizem “negros”; 15% afirmam que são brancos e, finalmente, 3% dos respondentes não responderam à questão.

No que tange à cor ou etnia, nota-se muito claramente, que os indivíduos adotam uma conceituação bastante diversificada temos “cor” ou “etnia”, o qual é compatível com a complexidade desse tema, na sociedade brasileira que historicamente convive como as questões relacionadas ao tema.

Com relação à escolaridade/formação dos sujeitos inquiridos, nota-se que o maior contingente possui o Ensino Médio completo (50%), seguido de 21% que possuem o Ensino Superior incompleto, enquanto os que possuem até o Ensino Fundamental

constituem apenas 6%. Nota-se que a escolarização dos sujeitos está de acordo com a esperada para o perfil dos ACS, que se caracteriza por uma profissão de nível médio.

Outro aspecto considerado muito importante é a religião dos ACS. Dos respondentes 81% afirmam ser católicos. Outros 9% apontam a religião evangélica como fé professada, enquanto que 6% mencionam outras religiões. Espíritas, espiritualistas e umbandistas juntos, perfazem 4% de toda a amostra.

Do mesmo modo que a formação/escolaridade do indivíduo, a religião seguida pode ser um fator de aguda interferência no peso atribuído a um sentimento e, por conseguinte, à expressão que o represente num dado contexto. A expressão “amor”, por exemplo, tem um mesmo significado para qualquer religião, no entanto, no contexto da humanização em saúde seu significado efetivo estará muito mais associado ao respeito para com o semelhante do que propriamente a uma condição amorosa, mesmo que fraterna.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Percepções dos ACS referente ao ambiente da UBS.

Neste artigo trabalha-se apenas uma das questões, que foi: Como você percebe o ambiente desta UBS?

A percepção dos ACS, está representado por alguns aspectos físicos dos edifícios das Unidades Básicas de Saúde 45,47% , pelas relações interpessoais 30,58% vivenciadas nessas unidades e 24,07%. fez alusão tanto nas relações físicas quanto as relações interpessoais

Considera-se pertinente lembrar que a percepção é compreendida como o processo de extrair informações que leva o indivíduo a perceber e extrair certas informações sobre o ambiente (BARCELAR, 1998), de acordo com as motivações sociais os valores, objetivos, emoções, os interesses, expectativas e outros estados mentais (DAVIDOFF, 2001).

Convém ressaltar que, com a política de humanização à saúde Brasil (2006), o espaço físico conquistou atenção especial e os espaços social, profissional e de relações interpessoais, mereceram destaque, pois proporcionam um ambiente facilitador da atenção acolhedora, resolutiva e humana. Desse modo, no debate da humanização, o conceito de

ambiência para a arquitetura nos espaços ou territórios de encontro do SUS, atingiu um avanço qualificativo.

Precisa-se distinguir as ambiências relacionadas neste trabalho, pois a primeira se refere ao território de relações de poder, do poder público, o gestor e os profissionais que disponibilizam atendimento, a segunda a estrutura física (prédio) e a terceira encontra-se na percepção de cada agente comunitário de saúde.

As relações de poder que perpassa na Unidade Básica de Saúde, pode-se pensar em território que para Frémont. O território e o espaço social são para Armand Frémont (1980) categorias sinônimas e recebem definições diferentes nas análises: na definição simplificada o território é visto como o território de um grupo ou de uma classe sob determinada região é o espaço de um grupo de trabalhadores, de crianças [...] (SILVEIRA, 2006).

Didaticamente, o conceito de ambiência segue três eixos: espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos; espaço que possibilita a produção de subjetividade; e o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho favorecendo principalmente o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2006, p.6).

Em relação à percepção dos agentes comunitários, referentes ao aspecto físico dos edifícios das unidades, a maioria fez alusão à necessidade de reforma como pode ser ilustrada nas falas seguintes:

A estrutura precisa melhorar e reformar (19)

A estrutura está precisando de uma reforma urgente falta de banheiro para os pacientes, falta sala para médicos, falta água para beber (36)

A estrutura da UBS precisa de uma reforma urgente, falta de salas (40).

Bom. Precisa de uma pequena reforma no telhado (87)

A percepção dos ACS, referente ao ambiente da UBS é que a maioria dessas unidades está carente de reformas e ou manutenção. Ressaltamos que as queixas registradas em relação a esta subcategoria foram basicamente das UBS da zona rural, que eram instaladas em escolas ou casas alugadas em locais geograficamente favoráveis ao atendimento das comunidades. Esses espaços ainda que adaptados, terminavam não atendendo de forma humanizada a população daquela comunidade. Podemos destacar relatos de agentes quando se tratava de UBS na zona Urbana:

Antes era uma coisa pequena sem estrutura e agora (3 meses) casa nova, ampla, e aconchegante (25)

Regular. A estrutura não tem o que uma UBS... (28)

No conteúdo das respostas há algumas falas com características de queixas referentes à escassez e falta de recursos humanos, materiais e medicamentos como podem ser observada na falas abaixo;

Falta muita coisa, uma estrutura melhor como: médico, dentista, (...) e higienização, onde a limpeza fica por conta dos próprios agentes, (...) (103).

Para esses agentes, as Unidades Básicas de Saúde não apresentam condições mínimas de prestar a população um atendimento num ambiente digno, ao qual tem direito. Um ambiente que tente respeitar o conceito de ambiência proposta pela arquitetura nos espaços de saúde, que visa, dentre outros fatores, à confortabilidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas vindas a garantir conforto aos trabalhadores e usuários. A inexistência de equipamentos básicos como cadeira para o médico e demais profissionais realizarem suas atividades, além de dificultar o processo de trabalho desses profissionais podem comprometer também a atitude de acolhimento enquanto estratégia básica na reconfiguração do processo de trabalho em saúde que visa atendimento humanizado, acolhedor e receptivo, como é preconizada no ideário da política de humanização defendida pelo SUS (BRASIL, 2006).

A falta ou escassez de equipamentos dessa natureza e outras como medicamentos, compromete negativamente um dos eixos que compõe o conceito de ambiência que é – o espaço que possibilita a produção de subjetividades - representado pelo encontro dos sujeitos. Nesse sentido, Brasil (2006) enfatiza que a ambiência enquanto espaço de que encontro entre sujeitos apresenta-se como um dispositivo que potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho. E os sujeitos envolvidos nessa reflexão podem transformar seus paradigmas e a ambiência pode ser uma dos paradigmas do processo de mudança.

Entretanto, a escassez e mesmo as faltas desses materiais podem motivar encontros conflituosos entre equipe de saúde e usuário, pelo fato desse ser prejudicado no atendimento das suas necessidades. Além disso, frustra aqueles que tiveram acesso ao

serviço, acentua o descrédito da população adstrita, desgasta a imagem dos profissionais da equipe, e pode ainda dificultar relações imediatas do agente com os usuários prejudicados no seu atendimento; até porque, como afirmam Nunes *et al* (2002), o ACS tem o papel de articulador e mediador entre o serviço da equipe e a população.

Considera-se pertinente lembrar, que as UBS, enquanto territórios de poder do SUS, portanto esfera pública, como diz Jovchelovitch (2000), que tem suas representações sociais prejudicadas devido a imperativos culturais e históricos da sociedade brasileira. Essa autora, que investigou as representações sociais sobre a esfera pública no Brasil, *entende que as limitações da esfera pública brasileira são explícitas e visíveis... Nesta sociedade, a esfera pública permanece uma aspiração, um projeto, algo pelo qual ainda é preciso lutar* (JOVCHELOVITCH 2000, p. 185).

Ainda em relação à subcategoria (*aspectos físicos do ambiente*), percentual significativo, 20,37 % declararam que **estrutura física da UBS era pequena**. Vejamos:

A estrutura é pequena em relação ao tamanho da comunidade (4)

Falta espaço físico, pois há um grande número de usuários (16)

O ambiente físico torna-se pequeno pela quantidade de pessoas atendidas aqui (59)

A estrutura é pequena, falta lugar para as pacientes sentar (85)

Impróprio para atendimento. Telhado e limpeza inadequados. Estrutura não é de um posto (107)

A percepção do ACS, referente ao ambiente da UBS é que são pequenas, ou seja, não possuem estrutura física de uma Unidade de Saúde, principalmente pela demanda dos usuários de cada UBS que é grande. Constata-se que não só falta lugar para sentar como afirmou o agente 85, como também as recepções são estreitas, pequenas e com pouca ventilação natural. Identifica-se através das falas uma situação de escalas geográficas que enfatizam dimensões como (pequeno, grande), que segundo Moser (1998), as dimensões sociais e culturais estão sempre presentes na definição dos ambientes, mediando a percepção, a avaliação e as atitudes indivíduo frente ao ambiente.

Nesse sentido a ambiência dessas unidades além de comprometer a confortabilidade dos trabalhadores e usuários, pode tornar estes mais vulneráveis a microorganismo que permeiam ambientes de cuidados à saúde. Nesse caso compromete o ambiente no aspecto de promotor da saúde ambiente. Czeresnia (2003, p. 28), ao considerar o ambiente como uma variável condicionante e promotora de saúde enfatiza: [...] *da necessidade da “criação de ambientes (na acepção mais ampla do termo) favoráveis para que as pessoas possam viver vidas saudáveis”*.

As condições ambientais são entendidas como, o conjunto de variáveis do ambiente que circunda uma pessoa durante a realização de suas atividades. Essas variáveis são classificadas em três categorias: condições físicas (temperatura, iluminação, ruídos), condições temporais (horário de trabalho, intervalos de descanso, duração do turno de trabalho) e condições sociais (ZANELLI, 2004). Relembramos que o artigo 200 da Constituição Brasileira compreende também o ambiente de trabalho como lugar merecedor de atenção referente à saúde. Um percentual de 22,22% dos ACS, consideram boa a estrutura física das UBS.

Ambiente físico é bom... (24)

O ambiente físico é ótimo e as relações é boa com a comunidade (27)

O ambiente é muito bem estruturado para receber a quantidade de pacientes que são atendidos (80)

A estrutura é boa....(95)

Para esses agentes a percepção referente ao ambiente da UBS estrutura física é boa, no entanto como já mencionados anteriormente a maioria dessas UBS estão localizadas na zona urbana. Também encontramos algumas Unidades de Saúde na zona rural com estrutura de boa qualidade, arborizada e com recepção ampla. Confirmando as falas citadas acima pelos agentes 80 e 95. A percepção desses agentes em relação a uma boa estrutura ficou restrita apenas ao espaço físico.

Já nas percepções verbalizadas pelos ACS, sobre o ambiente das UBS, 27,78% fizeram alusão às **relações interpessoais**. Essa alusão é pertinente a ocorrência de fatos no dia a dia em nosso território vivenciado por um grupo de pessoas com seus valores culturais que perpassam as relações sociais. Segundo Muchinsky (2004), a cultura representa as linguagens, as atitudes, as convicções e os costumes de uma organização. A cultura organizacional ou cultura corporativa é o conjunto de hábitos e crenças,

estabelecidos por normas, valores, atitudes e expectativas, compartilhadas por todos os membros da organização, que constitui o modo institucionalizado de pensar e agir que existe e em uma organização (CHIAVENATO, 2004).

Organização neste contexto pode ser caracterizada como o ambiente da UBS físico e das relações interpessoais. A psicologia organizacional é uma subárea da psicologia, que se ocupa da aplicação de princípios psicológicos em situações de trabalho. Ao longo da história sofreu mudanças de nomenclatura e de foco, as quais segundo Spector (2003) referem-se aos recursos humanos (denominada de industrial), às relações humanas (denominada de organizacional) e à saúde do trabalhador e sua satisfação no trabalho (denominada de psicologia do trabalho).

Daí, a verbalização da percepção individual que expressa também parte da percepção do grupo dos ACS, integrantes da equipe do Programa Saúde da Família. Algumas alusões são negativas como ilustradas nessas falas:

Cheio de desamor, desrespeito...(1).

A amizade não ocorre um querendo ser melhor que o outro que deveria ser como uma família (8)

Cheio de intrigas, uns querendo passar querendo passar por cima dos outros, muita arrogância das pessoas, sem falar da falta de educação das mesmas (71)

As relações são prejudicadas por falta de motivação dos agentes (50)

A percepção para esses agentes sobre as relações interpessoais é que existe muita dificuldade entre eles, isso fica claro nas falas quando afirmam a falta de amizade e as intrigas que acontecem nesse ambiente, que acaba sendo caracterizado como um ambiente desumano. Percepção é um processo cognitivo complexo que depende tanto do meio ambiente - estímulos sensoriais para elaboração – como da pessoa que o percebe (DAVIDOFF, 2001; ATKINSON, 2002). A humanização também é enfocada, de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com o usuário, assim como às questões administrativas de instituição, mostrando-se desarticuladas das dimensões político-sociais do sistema de saúde (CASSATE, 2004).

Ainda em relação a esta subcategoria *,relações interpessoais*, 30,56% dos ACS falaram que há **boa relação entre os profissionais**, segue alguns exemplos:

(...) Os profissionais se relacionam bem. Há participação e coerência. A enfermeira coordenadora abre espaço para escutar os agentes (29)

União acima de tudo, dando um conselho ao outro pra sempre ter um ambiente com paz e harmonia (52)

A amizade no trabalho é boa, como são profissionais competentes, melhorar o atendimento em domicílio, a estrutura da UBS é boa (46)

Todos trabalham com total respeito um ao outro, com harmonia e dedicação (104)

Esses ACS perceberam que também existe uma boa relação entre os profissionais de saúde, inclusive entre os agentes, segundo as falas citadas acima, onde um ajuda o outro e que todos trabalham com total respeito, harmonia e dedicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho identificou-se que os agentes comunitários de saúde percebem uma grande necessidade de melhoria nas relações interpessoais entre os profissionais de saúde das UBS. E que essa evolução irá proporcionar uma humanização no atendimento, pois um ambiente com amizade e consenso entre os colegas de trabalho, cria uma atmosfera de paz, levando ao atendimento com respeito e atenção aos usuários.

O discurso gerado pelas respostas à questão indutora (Como você percebe o ambiente desta UBS?), está nas relações interpessoais que permeia o conhecimento, as características e as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde, sobre atendimento humanizado, características do atendimento humanizado e percepção do ambiente das Unidades Básicas de Saúde.

Constatou-se que também é importante o ambiente físico adequado, ou seja, ambiente apropriado com consultórios, recepção, rampa de acesso e toda uma estrutura arquitetônica para atender a demanda de cada comunidade. Percebem que é importante, respeitar, ser humano, quando pensarmos em um espaço para atender seres humanos. Não se deve simplesmente alugar uma casa qualquer e lá depositarmos profissionais para atender pessoas que buscam o alívio de suas dores, sejam físicas ou psíquicas.

Afirma-se que o objetivo do artigo em pauta foi alcançado e constatou-se a importância deste estudo com os agentes comunitários e a necessidade de estudos futuros com os demais profissionais da equipe que atendem em Unidade Básica de Saúde (UBS), por acreditar que ao conhecer a percepção de todos da equipe, é possível sensibilizá-los a uma reflexão, sobre a humanização do ambiente da UBS. Dos 108 agentes comunitários de saúde, 45,47% fizeram alusão a estrutura física e 30,50% a relações interpessoais nas

quais foram citados aspectos favoráveis e desfavoráveis. Um percentual de 24,07% fez alusão tanto nas relações físicas quanto as relações interpessoais.

Este estudo poderá contribuir com os gestores de UBS, no planejamento, não só de capacitação e de aspectos técnicos, como também de aspectos relacionados a melhoria da estrutura física e das relações interpessoais nas UBS. Percebe-se que é preciso mais treinamentos, capacitações e investimentos para os profissionais de saúde. E que humanizar não restringe só ao homem mais também o ambiente que este homem.

Percebe-se também que é de suma importância um ambiente físico adequado, ou seja, ambiente apropriado com consultórios, recepção, rampa de acesso e toda uma estrutura arquitetônica para atender a demanda de cada comunidade. É preciso pensar, respeitar, o ser humano, quando pensarmos em um espaço para atender seres humanos. Não se deve simplesmente alugar uma casa qualquer e lá depositar profissionais para atender pessoas que buscam o alívio de suas dores, sejam físicas ou psíquicas. É preciso respeito, atenção, amor e humildade quando pensar em cuidar do outro.

REFERÊNCIAS

ATKINSON, R. **Introdução à Psicologia de Hilgard**. 13 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARCELAR, R. **Uma Introdução à psicologia**. Recife: FASA, 1998.

BRASIL Ministério da Saúde. **PNH - Política Nacional de Humanização**. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS); 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).

_____. Ministério da Saúde. Observatório **de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise**. (Org) André Falcão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

CASSATE, J. C., CORREA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura de enfermagem brasileira, Revista *Latino americana de Enfermagem*, 13(1), p.105-111, 2004.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CORRÊA, R. L. Espaço, um conceito-chave da Geografia. In: CASTRO, I.E. de, GOMES, P.C. da C., (Org.) **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 1995.

CZERESNIA, D. (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

DAVIDOFF, L. **Introdução à Psicologia**: 3. ed. São Paulo: Makron, 2001.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1) p. 7-14, 2004.

FRÉMONT, A. **A Região, espaço vivido**. Tradução Antônio Gonçalves, Coimbra: Almedina, 1980

JOVCHELOVITCH, S. **Representações Sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MOSER G. Examinando a congruência pessoa-ambiente: o principal desafio para a psicologia ambiental. In: Revista *Estudos de Psicologia*, 8(2). p. 331-333, 2003.

_____.G.Psicologia Ambiental, In: Revista *Estudos de Psicologia*. 1998.

MUCHINSKY, P. M. **Psicologia organizacional**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

NUNES, M.O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, 18(6): 1939-46. 2002.

SILVEIRA, M.M. **A farinhada Construção simbólica na reprodução da Agricultura Familiar**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão-SE-Brasil, 2006.

SINGER, P. I. CAMPOS, O. e OLIVEIRA, E.M. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.

SOUSA, M. F. de. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002

TOLEDO, L.C.M. **Humanização do edifício hospitalar, um tema em aberto.** (2007). [http://mtarquitectura.com.br/HUMANIZAÇÃO_%20 EDIFICIO_HOSPITALAR.pdf](http://mtarquitectura.com.br/HUMANIZAÇÃO_%20EDIFICIO_HOSPITALAR.pdf). Acesso em 15/07/2007.

ZANELLI, J.C; ANDRADE, J.E. B; BASTOS, A.V.B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – QUESTIONÁRIO E ENTREVISTA

1 – AUTOR OU RESPONSÁVEL		
NOME: <i>Alvací Freitas Resende</i> Orientadora: <i>Prof^a. Dr^a Valmira dos Santos</i>		
INSTITUIÇÃO: Universidade Tiradentes		
CURSO OU UNIDADE ACADÊMICA: Psicólogo		
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: Av. Hipólito da Costa nº 99 Aracaju Sergipe		
BAIRRO: Ponto Novo	TELEFONE: 3259-6130 – 9982-2124	
CIDADE: Aracaju	UF: Se	CEP: 49.097.310
E-MAIL: alvaciresende@bol.com.br		
TITULAÇÃO MÁXIMA: Especialista		
GRUPO DE PESQUISA: Saúde e Ambiente		
2 - TÍTULO DO PROJETO		
ATENDIMENTO HUMANIZADO NO AMBIENTE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM LAGARTO/SERGIPE.		
ÁREA DO CONHECIMENTO: Multidisciplinar		
SUBÁREA DO CONHECIMENTO: Saúde e Ambiente		
ESPECIALIDADE: Multidisciplinar		
PALAVRAS-CHAVE: 1. Humanização	2. Ambiente e Acolhimento	3. Saúde

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO

Parte A - Dados de Identificação

Unidade Básica de Saúde:

Nome Fictício: _____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

Cor (auto referida) _____

Grau de instrução: () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo

() Médio Incompleto () Médio Completo

(_____)

() Superior Incompleto () Superior Completo

(_____)

Atuação nesta UBS? _____ Tempo de trabalho no PSF: _____

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita
() Umbandista () Espiritualista () Outros

Participou de Treinamento sobre Humanização do Atendimento: Sim () Não()

PARTE B – Associação Livre de Palavras ou Expressões

1. Quando se fala de humanização do atendimento o que vem à sua cabeça?

Escreva pelo menos cinco palavras e grife a mais importante.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ENTREVISTA

PARTE C – Representações

1. O que é para você o atendimento humanizado?

2. O que caracteriza o atendimento humanizado nesta UBS?

3. Como você percebe o ambiente desta UBS?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, RG _____,

abaixo qualificado, **DECLARO** para fins de participação em pesquisa, na condição de (sujeito objeto da pesquisa), que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado: **ATENDIMENTO HUMANIZADO NO AMBIENTE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM LAGARTO/SE**, de autoria do mestrando Alvaci Freitas Resende sobre orientação da Dra. Valmira dos Santos da Universidade Tiradentes, quanto aos seguintes aspectos:

- O objetivo será analisar as Representações Sociais da humanização do atendimento elaborado pelo agente comunitário de saúde da equipe básica do PSF de Unidades Básicas de Saúde do município de Lagarto/Se, em 2007.
- Serão aplicados formulários e entrevistas aos Profissionais de Saúde do município de Lagarto.
- Os pesquisadores se responsabilizarão por riscos que por acaso possam surgir durante a aplicação do questionário.
- Tenho garantia de sigilo quanto às informações que darei no questionário, e assegurada minha privacidade.
- Os dados coletados só serão utilizados no relatório desta pesquisa.
- Tenho total liberdade de me recusar a responder o questionário.
- Não terei qualquer despesa em decorrência da minha participação na pesquisa.
- Declaro, que após convenientemente esclarecida (o) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Aracaju, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do declarante

DICIONÁRIO DE PALAVRAS EVOCADAS

Quando se fala de humanização do atendimento o que vem à sua cabeça?

Escreve pelo menos cinco palavras e grife a mais importante.

Sujeitos	Mais importante	2ª	3ª	4ª	5ª
1	qualidade	respeito	promoção	saúde	assegurar
2	humildade	amizade	caridade	amor	respeito
3	amizade	atenção	responsabilidade	atenção	respeito
4	respeito	atenção	educação	saúde	amor
5	respeito	equidade	justiça	trabalho	profissionalismo
6	respeito	atenção	educação	solidariedade	amor
7	educação	respeito	atenção	simpatia	informação-clara
8	amor	educação	gentileza	confraternização	paz
9	respeito	atenção	responsabilidade	amo ao próximo	educação
10	simpatia	informação	paciência	capacidade	educação
11	atenção	carinho	compreensão	cordialidade	sinceridade
12	compreensão	pontualidade	atuação	carinho	atualidade
13	atenção	educação	serenidade	cordial	respeito
14	amizade	união	caridade	participação	humanização
15	respeito	orientação	coleguismo	comunicação	equipe
16	amor	compromisso	solidariedade	espontaneidade	profissionalismo
17	humildade	carisma	respeito	postura	valorizar
18	respeito	amor	carinho	afeto	Confiança
19	equipe	compromisso	respeito	profissionalismo	qualidade
20	confiança	respeito	amizade	paciência	educação
21	amor	educação	respeito	carinho	paciência
22	educação	saúde	paciência	humildade	simplicidade
23	respeito	atenção	educação	compreensão	paciência
24	atenção	dedicação	atuação	participação	amizade
25	direitos	acompanhamento	saúde	educação	organização
26	solidário	Família	atenção	humanismo	cuidado
27	respeito	organização	ação	atuação	participação
28	saúde	prevenção	bem-estar	viver-bem	ser saudável
29	respeito	interação	consciência	organização	participação
30	direitos	saúde	atenção-gestante	atenção-criança	Atenção idoso
31	respeito	solidariedade	consideração	educação	responsabilidade
32	amor	respeito	solidariedade	atenção	compreensão
33	solidariedade	conscientização	amor-ao-próximo	participação	atendimento
34	informação	saúde	paciência	cuidados	participação
35	saúde	trabalho	vida	direitos	ensino
36	respeito	compreensão	solidariedade	oportunidade	conhecimento
37	reuniões	atendimento	vacinação	visitas	boa-estrutura
38	amor	saúde	acolhimento	ambiente-bom	atenção-recpção
39	educação	paciência	amor-ao-proximo	gentileza	amizade
40	responsabilidade	caráter	amizade	carinho	qualidade
41	respeito	educação	alegria	sinceridade	humildade
42	atenção-criança	atenção-gestante	atenção-idoso	atenção-diabético	atenção-HIP
43	amor	atenção	respeito	igualdade	união
44	acolhimento	atenção	amor-ao-proximo	dedicação	humanismo
45	humanidade	paciência	compreensão	dedicação	atenção
46	compreender	ajudar	unir	respeitar	solidariedade
47	dedicação	humor	compreensão	amizade	fidelidade

48	amor	respeito	compreensão	dedicação	interesse
49	acolhimento	respeito	carinho	humanidade	cumplicidade
50	sinceridade	atenção	carisma	carinho	Competência
51	respeito	atenção	amor-ao-próximo	dignidade	dedicação
52	amor	interação	troca	educação	conhecimento
53	respeito	amor	união	companheirismo	saúde
54	respeito	união	humildade	alegria	preconceito
55	atenção-criança	saúde	gostar	alegria	comunidade
56	gostar	pessoas	aprender	ensinar	saúde
57	amor	respeito	saúde	atendimento	educação
58	atenção	cuidados	prevenção	companheirismo	solidariedade
59	amor	atenção	humildade	responsabilidade	respeito
60	calor-humano	responsabilidade	atenção	desempenho	Amizade
61	amigos	atenção	fé	melhoria	trabalho
62	humildade	atenção	paciência	simplicidade	alegria
63	respeito	humildade	solidariedade	amor-ao-próximo	educação
64	atenção	amor	ouvir	bem-recebida	educação
65	amor-ao-próximo	amor	compreensão	respeito	amizade
66	responsabilidade	respeito	conscientização	seriedade	compromisso
67	atenção	bondade	saúde	respeito	cuidado
68	responsabilidade	amor	condição	recursos	dedicação
69	direitos	informação	ajuda	prazer	solidariedade
70	cuidar	ensinar	prevenir	carinho	dedicação
71	responsabilidade	trabalho	compromisso	respeito	companheirismo
72	prevenção	educação	formação	ação	perseverança
73	amor	tranquilidade	perseverança	educação	doação
74	atenção	saúde	educação	concentração	humildade
75	confiança	educação	amizade	aprendizado	tempo
76	recursos	saúde	ambiente	educação	oportunidades
77	respeito	compreensão	amizade	atendimento	atenção
78	prevenir	consultar	cursos	saúde	atenção
79	respeito	atenção	atendimento	educação	carinho
80	amizade	respeito	atenção	informação	solidariedade
81	integrado	organizado	respeito	unidos	participativo
82	respeito	atenção	educação	informação	carinho
83	respeito	organização	informação	formação	amor
84	união	dedicação	harmonia	parceria	amizade
85	amor	respeito	atenção	consideração	educação
86	respeito	amor	educação	compreensão	harmonia
87	respeito	amor	compreensão	paz	solidariedade
88	amor-ao-próximo	respeito	compromisso	responsabilidade	tolerância
89	respeito	educação	acolhimento	amizade	entendimento
90	responsabilidade	amor	clareza	precisão	respeito
91	respeito	simpatia	compreensão	ajudar	paciência
92	companheirismo	participação	dedicação	amor	respeito
93	amor	dedicação	respeito	responsabilidade	compromisso
94	profissionalismo	rapidez	educação	respeito	eficiência
95	responsabilidade	atenção	vida	carinho	pessoa
96	responsabilidade	atenção	cuidado	respeito	profissioinalismo
97	tratar-como-irmão	cortez	amigo	conselheiro	fiel
98	humana	respeito	atenção	pensar-no-outro	carinho
99	respeito	atenção	educação	amor	responsabilidade
100	atenção	bem-humor	bem-estar	respeito	carinho
101	amor	atenção	respeito	dedicação	compromisso
102	atenção	informação	educação	humanidade	amizade
103	igualdade	compromisso	responsabilidade	atenção	compreensão
104	atenção	educação	igualdade	respeito	sinceridade

105	união	atenção	respeito	carinho	dignidade
106	atender-bem	respeito	educação	amor	coragem
107	respeito	atenção	carinho	ajudar	amor
108	descende	alegre	educador	humana	respeito

DICIONÁRIO DE SINÔNIMOS

ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS OU EXPRESSÕES				Sinônimos
Quando se fala de humanização do atendimento o que vem à sua cabeça? Escreve pelo menos cinco palavras e grife a mais importante.				
Palavra Chave 1ª	Freq.:	Quant. de Sinônimos	Total	
Acolhimento	4	1	5	Acompanhamento
Ajudar	3	2	5	Afeto, ajuda
Alegria	4	2	6	Alegre humor
Ambiente-Bom	1	1	2	Ambiente
Amizade	16	2	18	Amigo, amigos
Amor	32	10	42	Amor-ao-próximo, bondade, tratar-como-irmão, gostar
Aprendizado	1	1	2	Aprender
Atenção	42	16	58	Atender-bem, atendimento, atenção-hip, atenção-criança, atenção-diabético, atenção-gestante, atenção-idoso, atenção-recpção
Atuação	3	3	6	Atualidade, ação
Bom-Humor	1	3	4	Bem-estar, bem-recebida
Boa-Estrutura	1	1	2	Boa-estrutura
Carinho	15	7	22	Calor-humano, caridade, carisma, clareza
Competência	1	4	5	Capacidade, condição, conhecimento.
Compreensão	14	14	28	Coleguismo, companheirismo, compreender, compromisso.
Concentração	1	2	3	Comunidade, concentração
Conscientização	2	6	8	Consciência, conselheiro, consideração, consultar, coragem
Cuidados	2	13	15	cordial, cordialidade, Cortez, cuidado, doação , caráter, espontaneidade, cuidar, cumplicidade
Cursos	1	0	1	cursos
Dedicação	12	4	16	Descente, desempenho, dignidade
Direitos	4	0	4	direitos
Educação	33	7	40	Educador, eficiência, ensinar, ensino, entendimento
Equidade	1	2	3	Postura, precisão
Equipe	2	0	2	Equipe
Familia	1	0	1	Família
Humana	2	20	22	fidelidade, fiel, formação, gentileza, harmonia, humanidade, humanismo humanização, paz, pensar-no-outro, prazer
Humildade	9	0	9	Humildade
Igualdade	3	0	3	Igualdade
Informação-Clara	1	12	13	Informação, integrado, interação. interesse, justiça

Melhoria	1	0	1	Melhoria
Oportunidade	1	1	2	Oportunidades
Organização	4	2	6	Organizado, orientação
Paciência	10	1	11	Ouvir
Participação	7	2	9	Parceria, participativo
Perseverança	2	0	2	Perseverança
Pessoas	1	1	2	Pessoa
Pontualidade	1	1	2	pontualidade
Preconceito	1	0	1	preconceito
Prevenção	1	4	5	prevenir
Profissionalismo	3	2	5	profissionalismo
Qualidade	3	1	4	rapidez
Recursos	2	0	2	recursos
Respeito	61	1	62	respeitar
Responsabilidade	16	0	16	responsabilidade
Reuniões	1	0	1	reuniões
Saúde	16	2	18	ser-saudável
Solidariedade	10	21	31	serenidade, seriedade, simpatia, simplicidade, sinceridade, solidariedade, solidário
				troca, valorizar, vida, visitas, viver-bem
Tolerância	1	1	2	tolerância
Trabalho	4	0	4	trabalho
União	6	2	8	unidos, unir
Vacinação	1	0	1	vacinação
			540	

APÊNDICE D

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
1. O que é para você o atendimento humanizado?	Sujeito 1: Tratar a pessoa com carinho, respeito e sem preconceito. Sujeito 2 : O profissional precisa ser humano no ato de atender, respeitar a dor do usuário Sujeito 3: Prestado com amor ou seja se interessar pelo problema do outro. Sujeito 4: Atendimento com respeito, atenção e tratar o usuário como ser humano. Sujeito 5: Atender com carinho e respeito. Prestar atenção no que o paciente fala. Fazer o possível para ele ser bem atendido. Sujeito 6: O respeito ao próximo, saber acolher o paciente, passar as informações corretas, ter carinho, saber conversar com os pacientes e dar prioridade aos idosos e deficientes. Sujeito 7: Você atender com respeito, paciência, dedicação e ser compreensivo, são pessoas que respondem com ignorância e má vontade. Sujeito 8: Que seja uma pessoa compreensiva que possa entender o que a pessoa deseja no momento. Sujeito 9: Atendimento coletivo a todos sem distinção de cor, raça, classe social para que o trabalho possa ser unificado com êxito. Sujeito 10: Compreensão e atenção para atender as pessoas, falta de dedicação no que esta fazendo. Sujeito 11: Um atendimento com atenção, bom acolhimento, ter bom relacionamento com a comunidade. Sujeito 12: É aquele onde não há diferenças, ou seja, sem distinção de cor e raça. Sujeito 13: Uma atenção especial dada ao usuário do sistema. Sujeito 14: Atender com respeito, educação e com paciência Sujeito 15: É o atendimento que beneficia a população através da consulta Sujeito 16: É importante para saúde da comunidade principalmente dos idosos, hipertenso, diabéticos e para as crianças. Sujeito 17: É um pouco vago, deixando a desejar, não dando estabilidade aos agentes, precisando de melhorias por parte dos gestores. Sujeito 18: Uma forma mais fácil da população ter acesso à saúde, ter bom atendimento. Sujeito 19: Atender com carinho e respeito a população. Sujeito 20: Atender bem as pessoas, deixar elas à vontade e escutar, ajudar a resolver os problemas delas, manter sigilo com os pacientes, ser discreto passar confiança para as pessoas. Sujeito 21: É você atender aos outros como você gostaria de ser atendido. Sujeito 22: Trabalhar com responsabilidade, atenção e tratar o ser humano como ele é, saber tratar as pessoas independente do que houver. Sujeito 23: É tratar todos de uma maneira só e fazer com amor. Sujeito 24: Atender bem a população, atender de acordo com o problema da pessoa.(completa) Sujeito 25: Saber ouvir, entender os problemas na área. Sujeito 26: É a solidariedade entre as pessoas, o amor ao próximo. Sujeito 27: Atende ao público como pessoa humana, sem nenhum tipo de discriminação Sujeito 28: O tratamento com respeito e carinho Sujeito 29: A pessoa educar a propriedade onde são tratados. Humanizar é atender pensando no seu histórico buscando as raízes e pensando na leitura (vendo o presente).

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
1. O que é para você o atendimento humanizado?	Sujeito 30: Quero ser atendida com educação, respeito, quero que me ouçam com fatores. Sujeito 31: Ter respeito as pessoas , a união com as pessoas Sujeito 32: Em primeiro lugar atender as pessoas com educação e ter amor ao que faz, respeitar a opinião de cada um. Sujeito 33: Ter atenção aos usuários tratando bem, com carinho, respeitando necessidades das outros. Sujeito 34: Oferecer as condições básicas para que se possa prevenir doenças. Sujeito 35: É um atendimento completo com educação e respeito uma boa estrutura e profissionais excelentes para um bom atendimento. Sujeito 36: É tratar as pessoas por igual, sem distinção de classes sociais e que tenham qualidade, organização, compreensão e carinho com paciência. Sujeito 37: É um atendimento pautado mais para as pessoas em geral observando os direitos e deveres de cada um como cidadão Sujeito 38: É trabalhar como o todo, atendendo as necessidades das pessoas, para melhorar as condições de vida. Sujeito 39: Cuidado ao todo com as pessoas, atendimento com melhores profissionais de saúde, enfim tudo que faz parte da saúde é uma humanização. Sujeito 40: Atender as pessoas com respeito, e ter responsabilidade com aquilo que faz coisa que não esta acontecendo aqui. Sujeito 41: É um atendimento igual para todos e que possa atender toda a população sem discriminação de classes baixas ou altas. Sujeito 42: Com respeito. Ex: porque é amigo trata bem, mas quando chega outras pessoas lhe trata mal. Sujeito 43: Atender a todos com qualidade, com direito a todos os medicamentos na UBS Sujeito 44: Eu acho de uma suma importância, pois sem ele ficaria difícil a comunicação e entendimento, entre as pessoas. Sujeito 45:Atender as pessoas bem, os idosos e aos ACS que não tem acesso a nada. Médico. Sujeito 46: É importante para saúde da população, porque a população carente precisa sempre da saúde pública para sua qualidade de vida. Sujeito 47: É um atendimento em que a pessoa seja tratada realmente como ser humano, para que assim mude o jeito de enfrentar a vida. Sujeito 48: O direito de ser atendido nas UBS nos povoados há pessoas. Sujeito 49: É o atendimento capacitado com treinamento para os agentes. Sujeito 50: Acompanhar o paciente mais de perto . Se comover no atendimento com amor. Sujeito 51: Respeitar a pessoa quando chega e saber que precisa para ajudar. Observar a pessoa. Cada pessoa deve ser atendida de acordo com a sua necessidade Sujeito 52: É um bom atendimento nas áreas de mais dificuldades e que supra as necessidades da comunidade Sujeito 53: Todo atendimento que pode ser oferecido ao usuário, atendimento básico. Muitas vezes os usuários são mal atendidos Sujeito 54: É a maneira de prevenir varias doenças trabalhando sempre em cima da prevenção para que diminua o risco de várias doenças e que tenha um bom atendimento. Sujeito 55: Um conjunto de ação por completo, um acompanhamento físico, mental e etc.Que eu seja um apoio de conforto e ajuda para as pessoas quando necessário.

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
1. O que é para você o atendimento humanizado?	Sujeito 56: Para mim, o atendimento humanizado se baseia em sermos solidários, e termos compromisso com o próximo de ajuda-los a prevenir várias doenças, e com assistência básica da família. Sujeito 57: É o atendimento onde todas as pessoas são tratadas com direitos iguais, ou seja, sem exclusão. Sujeito 58: Observar as diferenças entre as pessoas olhar o usuário como um todo. Sujeito 59. É o atendimento em que o médico ouve o paciente com atenção, paciência, sem pressa, com a dignidade que o ser humano merece. Sujeito 60: É um atendimento que trate, não somente do problema central trazido pelo sujeito, mas, que o conceba com um todo. É buscar conhecer e acolher com respeito a sua história de vida. Sujeito 61: Pelo menos tentar ajudar as pessoas a serem mais humanas, a se valorizar e a respeitar o outro. Sujeito 62: Que as pessoas sejam atendidas com respeito e atenção. Sujeito 63: As pessoas serem mais humanas, o que não acontece aqui. Sujeito 64: É saber respeitar as pessoas respondendo qualquer pessoa que venha pedir alguma informação, com educação e consideração. Sujeito 65: Escutar com atenção o atendido, responder com clareza, respeitar, e compreender. Sujeito 66: É receber bem o paciente, com pontualidade no atendimento Sujeito 67: É um atendimento que tenha compreensão, atenção e carinho pelo usuário. Sujeito 68: Um atendimento onde o usuário saia satisfeito, bem informado. Sujeito 69: Um atendimento com boa qualidade, tratando todos com igualdade e respeito ao próximo com amizade, carinho. Sujeito 70: É um bom atendimento por pessoas capacitadas e educadas. Em uma repartição existem pessoas receptivas educadas e simpáticas. Sujeito 71: Um ambiente sem intrigas mesquinhas, onde cada um visa só o próprio benefício, não se importando com o próximo . Sujeito 72: É um atendimento justo para todos, visando atender a necessidade de quem nos procura, com a responsabilidade de tratar os outros com respeito e humanidade. Sujeito 73: Atendimento com educação, respeito, atenção. Sujeito 74: Um atendimento de boa qualidade e igual para todos. Sujeito 75: Tornar as pessoas mais humanas com relação ao próximo. Sujeito 76: Assegurar ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para o seu problema, visando a qualidade dos serviços prestados. Sujeito 77: O atendimento humanizado é ver o próximo com todo respeito e dando o máximo de si. Sujeito 78: É um atendimento que não existe nesta UBS. Tratar as pessoas como humanos, ou seja, pelo menos dar um bom dia. Sujeito 79: Atender bem a comunidade, ser solidário com as pessoas, respeita, educação, saber passa a informação. Sujeito 80: É o tipo de atendimento onde tem que haver pelo paciente, que pode ser numa loja ou qualquer tipo de estabelecimento, não só respeito, mas atenção, compreensão, educação e paciência. Sujeito 81: Regular, podendo melhorar, atender com educação e paciência Sujeito 82: Atender com educação e respeito, ouvir as pessoas pra depois expor o que acontece. Sujeito 83: O respeito que deve ter com a comunidade. Amizade entre a equipe e o paciente incluindo atendente da UBS.

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
1. O que é para você o atendimento humanizado?	Sujeito 84: Aquele atendimento que é feito com bastante cuidado e com muita responsabilidade. Sujeito 85: Onde o paciente seja bem atendido e que seus problemas de saúde sejam resolvidos. Sujeito 86: Humanizar significa ajudar a todos de uma só forma sem discriminação. Ex: humanizar sobre as vidas, sobre a saúde. Sujeito 87: Atendimento ao usuário com atenção, passando informação com educação sendo humana e acima de tudo amigo. Sujeito 88: É tudo, é o essencial, sem o atendimento personalizado, as pessoas não se sentirão bem em passar seus problemas. O atendimento com amor, respeito e atenção. Sujeito 89: Atendimento com atenção, respeito e de bom humor. Sujeito 90: É cuidar das pessoas com respeito, atenção e muito carinho. Sujeito 91: Receber as pessoas independentes de nível social e raça. Sujeito 92: Fazer com amor ao próximo, respeitando-o e sendo claro no atendimento. Sujeito 93: Que possa dar o básico no atendimento ao usuário. Com amor, dedicando-se. Sujeito 94: Onde a comunidade possa ter atendimento com respeito. Sujeito 95: Atender sem distinção (todos iguais). Sujeito 96: O atendimento é aquele que a gente dá tudo de si em prol da comunidade buscando sempre o melhor. Sujeito 97: Onde todos tenham o mesmo direito. Sujeito 98: O atendimento humanizado o agente precisa trabalhar com amor, paz, sempre respeitando o próximo e compreendendo-o, e a cada dia aprendendo um pouco mais. Sujeito 99: É um atendimento sem discriminação voltado para o bem-estar da comunidade. Sujeito 100: É o atendimento em respeito ao próximo, sempre trabalhando com amor para sua comunidade. Sujeito 101: O principal é a união e a determinação do agente com a comunidade, com seus méritos pessoais tenta unir a comunidade em prol de algo. Sujeito 102: É um atendimento que procura um envolvimento entre as pessoas buscando proporcionar um bem estar físico e espiritual. Sujeito 103: O atendimento tem que ser uma base de respeito com as pessoas da comunidade, com total humanização. Sujeito 104: É o respeito ao próximo, a paz, a harmonia e a amizade. Tratar bem ao outro. Sujeito 105: É aquele que deve ter a participação do PSF, como Secretaria de Saúde disponibilizar recursos para garantir mais assistência para a população. Sujeito 106: Tratar com respeito as pessoas, principalmente por ser carente. Quem procura o SUS precisa de atenção. Sujeito 107: Com respeito sabendo ajudar e informar as coisas certas e amor ao próximo. Sujeito 108: É ser atendido com respeito e atenção.

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
2. O que representa o atendimento humanizado nesta UBS?	Sujeito 1: Falta de compreensão, ética e de amor ao próximo. O usuário é atendido sem a atenção devida e até dar as costas enquanto os usuários aguardam. Sujeito 2: Falta suficiente de médico (não tem) , ficha marcada =25un, praticamente não tem atendimento das enfermeiras antes era segunda, terça, quarta, quinta e agora é segunda, quarta e quinta, terça folga, passou de R\$ 2.800 para R\$ 1.800 Sujeito 3: Uma grande reciclagem do próprio ser humano. Falta médico suficiente p/ atender a demanda. Material para consulta: prontuário, sala odontológica = luva. Ao mesmo tempo que boa (presta atendimento). Sujeito 4: Falta de atenção da recepção com os usuários. Estão acomodados com o cargo e nem dão a importância devida. Falta médico suficiente. Sujeito 5: Não tem bom atendimento. Falta profissionais (médico-enfermeira). Sujeito 6: No meu ver um bom atendimento mas falta alguma coisa, falta médico que só tem dois, ter um equipe de PSF completa para poder dar melhor assistência ao pessoal da comunidade. Sujeito 7: Receber bem, falta atendimento, falta remédio, precisa de mais médico na UBS, tem os dias dos médicos comparecerem, não consideram o programa do PSF. Sujeito 8: Na recepção as pessoas tem que ser mais solidárias. Precisando de uma reciclagem com a recepção, que possa ser trocada de lugar. Sujeito 9: Muito importante quando se tem união para obter bons resultados; atendimento bem a medida do possível, medicamento sobre controle. Sujeito 10: Está sendo mal atendida, ou seja, devido à falta de médicos. Em cada 1 mês serão entregue médicos, demora nas consultas achando que está sendo humilhada. Sujeito 11: Muito importante pra comunidade, porém necessita de uma equipe médica mais especializada na área; medicamentos estão sempre em controle, facilitando o trabalho. Sujeito 12: Falta de medicamento, mau atendimento, falta de médico, ou seja, decadência de tudo e falta de respeito para com os outros. Sujeito 13: Representa uma aproximação maior, entre o usuário e o SUS. Sujeito 14: A maioria dos usuários diz que o atendimento é bom. Apesar da falta de educação e paciência dos profissionais da saúde da UBS. Sujeito 15: Bem. As pessoas reclamam mais pela falta de atendimento (poucos médicos -01) e enfermeira (01) Sujeito 16: Ótimo, a equipe do PSF é atenciosa, carinhosa com os usuários. O atendimento é regular, só precisa de treinamento para os funcionários da UBS. Sujeito 17: Representa todos os serviços que a comunidade precisa, entretanto deve ressaltar o respeito e humanização nesta UBS entre os agentes. Sujeito 18: Bem. São atendidos sem problema. Sujeito 19: Regular, não depende só da UBS e sim da SMS (Secretaria Municipal de Saúde). Existe boa vontade dos funcionários. Sujeito 20: O atendimento não está bom, está incompleto e as pessoas cobram muito e não sabemos o que fazer, fica difícil de explicar porque a unidade está incompleta. Sujeito 21: Uma realidade, porque nós trabalhamos juntos, e precisaria de melhoria do nosso serviço.

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
2. O que representa o atendimento humanizado nesta UBS?	Sujeito 22: Precisa melhorar muita coisa, condições de trabalho, colocam metas e não dão condições, eles acham que os ACS têm obrigação de fazer o que os políticos fazem. Sujeito 23: Com atenção e carinho as famílias sentem-se acolhidas. Sujeito 24: Razoável. Sempre falta alguma coisa, mas os profissionais e que gostem da profissão. Trabalhe por amor e não apenas por dinheiro. Sujeito 25: É bom. Tem o que a comunidade precisa (locomoção), não precisa ir ao centro da cidade. Exames, palestra educativa e vacinas. Sujeito 26: Deixa a desejar, falta mais um pouco de atenção ao paciente. Sujeito 27: Regular. Deficiente no tratamento ao usuário. Não tem uma atendente. Atendimento 2 dias na semana, sendo que o médico só aparece 3 vezes por mês Sujeito 28: Falta atenção ao usuário, muitas pessoas para atender. Não tem profissional suficiente como médico e odontólogo. Sujeito 29: Não tem um atendimento muito bom. É razoável, não tem atendimento para cada tipo de população (criança, idoso, alcoólatra, drogas), alguns casos são encaminhados. Sujeito 30: O atendimento é ótimo, os médicos e enfermeiras atende muito bem, com atenção, respeito, educação. Sujeito 31: Mais ou menos, tem pessoas especiais (3) que não são bem atendidas. Sujeito 32: O atendimento é bom só precisava ser mais organizado. Sujeito 33: Representa que quando o usuário chega a UBS sejam bem atendidos e saiam satisfeitos com seus problemas resolvidos. Sujeito 34: No geral é satisfatório. Há 4 meses não tem médico. A enfermeira supre como pode. As pessoas deslocam-se para o centro do município Sujeito 35: As pessoas acham que está sempre faltando algo, não temos médicos, tem enfermeira, mas, não depende só dela, para ter um bom atendimento e sim de uma equipe Sujeito 36: A responsabilidade da equipe dos ACS, a falta de médico, a falta de suporte adequado para o trabalho (capa de chuva, protetor solar) Sujeito 37: Representa um atendimento solidário dando enfoque as pessoas idosas ou mais necessitadas Sujeito 38: Representa melhoria para comunidade, uma vez que deixa a desejar (falta de recursos) Sujeito 39: Representa muito para a população todo o posto de saúde. Sujeito 40: A falta de medico e o tipo de atendimento dessas pessoas que trabalham aqui é precário. Falta medicamento, o atendimento não é muito bom, por falta de materiais Sujeito 41: Representa a importância de cuida da saúde da população, principalmente na periferia do município. Sujeito 42: Não atendem bem, nunca estão de bom humor, enfermeiros muito estressados (não parece enfermeiro) Sujeito 43: Representa um bom atendimento, mas muitos não estão satisfeitos, pois, falta estrutura para a localidade. Sujeito 44: Representa muito para a comunidade local e a distância também alguns atendimentos diversos, mais poderiam ser melhores. Sujeito 45: Péssimo. Não há atendimento bem, o usuário vem 1, 2, e até 3 vezes para ser atendido e nem sempre consegue. Sujeito 46: Boa melhoria devida para população, precisa mais de médicos, ter mais acesso as marcações de fichas, poderia ter ficha especial para o ACS.

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
2. O que representa o atendimento nesta UBS?	Sujeito 47: Não representa, poucas pessoas contribuem para que haja humanidade no setor em que trabalhamos. Poderia levar mais a sério a questão de saúde e principalmente do ser humano. Sujeito 48: Os usuários são bem atendidos, principalmente em caso de urgência. Existem reuniões. Sujeito 49: Maravilhoso porque tem todos os médicos e dentistas, ambulatório. Precisa vir cedo p/ marcar fichas 3 horas da madrugada (8 a 15 dias) Sujeito 50: Não são bem tratados, falta de amor ao próximo. Idoso não é bem tratado (demora e resposta má). Pagamento não corrigidos. Atraso 15 dias. Sujeito 51: Irresponsabilidade no atendimento, diferenciado por (posição social). Atendentes. Já as enfermeiras, médico e dentista cumpre pelas fichas o atendimento sem distinção. Sujeito 52: Muita reclamação, por não ter médicos especializados e com a estrutura que a UBS tem, deveria e poderia haver bom censo pra supri a comunidade. Sujeito 53: Todo conjunto de atendimento que são oferecidos a comunidade. Sujeito 54: Bom, na minha opinião, deve melhorar muito pois, os atendimentos dos médicos é muito pouco, está ficando a desejar, a enfermeira também e o posto em si precisa melhorar muito, muito mesmo. Sujeito 55: Um meio pelo qual tenta e procura ajudar as pessoas evitando certos tipos de problemas, porém há muitos problemas falta de medicamento, pelo tamanho da UBS deveria ter outras especialidades como pediatra, ginecologista e um clínico mais freqüente. Sujeito 56: O atendimento humanizado é bom, mas precisa melhorar muito, precisamos entrar em conjunto e nos colocar na frente de tudo, para podermos fazer um trabalho bem feito. Sujeito 57: Importante, por ser o único meio de se tratar mais próximo de casa. Melhorias de médicos especializados, olhando o usuário com mais freqüências. Sujeito 58: Médio. O atendimento da recepcionista. Dificuldade comunicação entre as partes. Profissional e usuário. Sujeito 59: Eu procuro prestar o atendimento com atenção, paciência, sem pressa, com a dignidade que o ser humano merece. Sujeito 60: Significa trabalhar junto aos usuários despidos do estigma que o trabalho em saúde mental acarreta. Sujeito 61: Só participei uma vez, e quando participei gostei muito, é uma pena que algumas pessoas que participam só ficam na teoria, porque na prática deixa muito a desejar. Sujeito 62: Não basta humanização, essa palavra ninguém sabe o significado. Sujeito 63: É péssimo. Sujeito 64: Bem, não tenho nada pra reclamar. Sujeito 65: Mais ou menos, falta cordialidade e paciência. Sujeito 66: Representa o ponto fundamental no atendimento nesta unidade. Sujeito 67: O atendimento humanizado nesta UBS não é tão bom, pois alguns são humanizados e outros não, deste modo o atendimento não se completa. Sujeito 68: Regular. Precisa melhorar alguns funcionários. Sujeito 69: Atende a toda comunidade buscando oferecer a todos, os médicos e atendimentos que a unidade oferece.

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
2. O que representa o atendimento humanizado nesta UBS?	Sujeito 70: Representa apenas 10% das pessoas o local (de bom atendimento). Precisa melhorar o atendimento. Ainda é um pouco precário, existem poucas atendentes simpáticas. Sujeito 71: Nesta UBS não existe um atendimento humanizado Sujeito 72: Não conheço esse trabalho aqui. Sujeito 73: Nesta UBS não existe. Sujeito 74: Atendimento para toda comunidade buscando dar o melhor de si. Sujeito 75: Acho que algumas pessoas que participam da humanização, tem que colocar em prática o que aprendem nas reuniões. Sujeito 76: Representa a necessidade de promover as mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão. Sujeito 77: Nessa Unidade o atendimento humanizado não é respeitado, muitas vezes o seu respeito é medido pelo lado político que segue. Sujeito 78: Nesta Unidade não existe o atendimento humanizado. Começa ao trato pela manhã (Bom dia), que não existe. As pessoas são tratadas como coisas. Sujeito 79: Representa bem o ACS e um bom atendimento para ela e para a comunidade mais às vezes tem reclamações da comunidade. Sujeito 80: É de grande importância, pois se não houvesse, os pacientes se deslocariam para uma outra unidade, onde fossem atendidos. Sujeito 81: Bom, mas pode melhorar (recepção não é bem atendida). A enfermeira atende bem. Às vezes falta medicamento Sujeito 82: Tem grande importância pra população de Brasília. Depende dos funcionários, a quantidade de ficha e insuficiente para comunidade. Médico (25). Dentista (15). 3 dias por semana, mais de 1.200 famílias. Sujeito 83: Não é 100%, mas é bom. O médico atende bem, ele encaminha quando precisa para um especialista. Dificuldade é marcar a ficha na cidade (depende de transporte), 30 fichas. Sujeito 84: O atendimento desta UBS é ótimo, não tem nenhuma discriminação. Sujeito 85: Às vezes falta profissional, médico, dentista. Sujeito 86: A humanização dessa localidade não é tão boa pois faltam muitas coisas. Mas em compensação, temos médico, enfermeira, e as ACS e tentamos fazer o melhor. Sujeito 87: O atendimento é ótimo, porque tem a equipe completa da PSF, exceto o dentista. Sujeito 88: É a base de quase todo o trabalho, porque lá é onde ele procurou as pessoas para resolver os problemas. O atendimento é ótimo. Há na UBS enfermeira, médico e auxiliar. Sujeito 89: São bem recebidos e respeitados com atenção. Falta dentista há anos. Sujeito 90: Bom o atendimento de lá. É bom, com atenção e muito respeito aos usuários. Sujeito 91: Não é tão bom, deixa a desejar por parte dos funcionários que não atendem bem. Sujeito 92: Bom, apesar de ser apenas uma vez só ao mês (clínico, odontólogo – unidade móvel), na escola Municipal Berilho Silveira Dias. Sujeito 93: 2 vezes por mês, tumultuado, muita gente. O trabalho do PSF não é bem feito, resumindo em ambulatório. Na Casa da Comunidade. Sujeito 94: Uma vez no mês, só uma sala e o médico atende na cozinha e a enfermeira fica fazendo pré-consulta. (Em uma casa abandonada).

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
2. O que representa o atendimento humanizado nesta UBS?	Sujeito 95: Médico – dois atendimentos por mês, o que leva ao atendimento ser precário. 30 fichas que não dão conta da demanda. Sujeito 96: Ele representa uma importância essencial, que a partir dele a comunidade vai se preocupar cada vez mais em frequentar UBS e assim melhorar a qualidade de vida. Sujeito 97: Atendimento meio desorganizado, falta onde acomodar o povo. Na Escola Inez Barbosa de Farias. Sujeito 98: Ele representa muito bem para a comunidade, precisando de uma preocupação maior dos gestores junto à comunidade. Sujeito 99: Mantém uma relação de amizade, respeitando um ao outro. Sujeito 100: Não tem nenhuma dificuldade. Sujeito 101: O relacionamento entre os agentes é ótimo inclusive com os médicos mantendo laços de amizade, dando o máximo para poder atender a todos, precisando um maior reconhecimento junto aos gestores. Sujeito 102: Representa oferecer as pessoas tudo que diz respeito às suas necessidades, mas não tem nenhuma estrutura para suprir as necessidades. Sujeito 103: Que as pessoas possam se deslocar de suas residências para ter atendimento com a enfermeira e às vezes com o médico, quando há. Sujeito 104: É muito importante para a comunidade, dando garantia às vezes, de sobrevivência, onde melhora a satisfação da comunidade, quando há médicos e enfermeiros muito escassos na UBS. Sujeito 105: No momento é precário, não por culpa do Gestor Público, mas por falta de assistência do governo federal. Dificultando o trabalho do ACS. Sujeito 106: Um pouco carente, não tem médico, só enfermeira e auxiliar. Acesso muito difícil para cidade. Principalmente idoso. Sujeito 107: Regular. Os profissionais que vêm são ignorantes, principalmente por serem áreas rurais (muitos idosos). Não há respeito no ato de tratar. Sujeito 108: Faltam médicos para que os usuários realmente sejam atendidos.
CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
3. Como você percebe o ambiente desta UBS?	Sujeito 1: Cheio de desamor, desrespeito e companheirismo. A estrutura é ruim, falta de medicamentos aparelhos. O médico é contratado em uma semana e na outra é sem. Sujeito 2: Precisa melhorar – ter sala de reunião, auditório, consultório, pediatria. Dificuldade de transporte. Mil maravilhas no papel o PSF. Sujeito 3: As relações interpessoais é difícil (processo de mudança de equipe – gestão, etc). Precisa ampliar a estrutura física. Sujeito 4: A estrutura é pequena em relação ao tamanho da comunidade. Os colegas de trabalho são falsos. Sujeito 5: As pessoas aparentemente se dão bem, por serem todos do mesmo local (residência). Falta mais sala para melhorar o atendimento. Sujeito 6: A estrutura é boa, mas falta algumas reformas, melhorar as marcações de ficha. A amizade é tranqüila, se dá muito bem com os companheiros. As consultas de especialização poderia ser marcada aqui mesmo por via internet. Sujeito 7: Precisa de muita coisa, crescer mais um pouco, uma sala para reunião que não tem, a amizade boa entre nós no trabalho, fora o trabalho não tem contato, umas querendo ser melhores do que outras. Sujeito 8: A amizade não ocorre um querendo ser melhor que o outro que deveria ser como uma família. Crescer o posto mais um pouco e colocar mais médicos para atender a população.

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
3. Como você percebe o ambiente desta UBS?	Sujeito 9: Ambiente conservado, agradável, vida corrida, devendo haver mais ajuda entre profissionais. Poderia haver mais treinamentos, cursos para que possa ter um melhor atendimento. Sujeito 10: Intrigas entre os agentes, um querendo derrubar o outro. O contato com as recepcionistas e médicos são poucos. Sujeito 11: Ambiente bem conservado, diálogo com outros, entre os agentes existe uma competitividade querendo ser um melhor que o outro. Sujeito 12: Pouca comunicação interna, conservação de limpeza na UBS, recepção não dá um respaldo ao paciente, pessoas com pouca instrução. Sujeito 13: É bom, porque a demanda é muito grande e mesmo assim completa seu objetivo. Precisa de mais estrutura (porque o bairro que eu trabalho está crescendo e essa demanda vai ficar desproporcional) Sujeito 14: A UBS é limpa e os funcionários se relacionam bem. O espaço físico é pequeno e para o número de profissional. Sujeito 15: Os funcionários precisam ser mais compreensivos/educados com os usuários.(Ficha pouca). Sujeito 16: Falta espaço físico, pois há um grande nº de usuários. As relações são médias entre os funcionários e os usuários. Sujeito 17: Que ainda tem muito a melhorar, como o atendimento médico diariamente, a falta de medicamentos, e uma melhora da gestão junto aos agentes e pacientes numa comunidade. Sujeito 18: Amigável, tranquilo, a estrutura está como uma casa, precisa transformar em uma UBS. Sujeito 19: A estrutura precisa melhorar, reformar. A relação é muito boa entre os colegas ACS. Sujeito 20: Pouco tempo no ambiente está se atualizando porque tem pouco tempo essa unidade, falta material, para ficar completo e organizado para se trabalhar melhor. Sujeito 21: O melhor possível, agente desenvolveu companheirismo, ajudar as pessoas com cestas básicas, eu amo meu trabalho, por gostar de gente. Sujeito 22: A amizade é ótima, enquanto a estrutura não tem, porque o posto é cedido pela associação de moradores, porque era da polícia, deveria existir em cada área uma UBS. Sujeito 23: A estrutura precisa melhorar, a casa está em manutenção, pois a equipe chegou há apenas 15 dias. Ou seja, está em processo de instalação. As pessoas que trabalham na zona urbana sentem-se superior a elas da zona rural. Sujeito 24: Ambiente físico é bom, falta dentista e médicos. As relações são boas entre os funcionários, existem discussões cotidianas. Sujeito 25: Antes era uma coisa pequena, sem estrutura e agora (3 meses) casa nova, ampla, e aconchegante. As relações são boas, problemas do dia a dia. Sujeito 26: O posto está amplo e bem localizado. Mas falta um pouco de humanização entre a equipe Sujeito 27: O ambiente físico é ótimo e as relações são boas com a comunidade Sujeito 28: Regular. A estrutura não tem o que uma UBS precisa. (balança, esterilizador). Espaço físico bom. Usa panela de pressão para esterilizar. Sujeito 29: O ponto é bom, organizado, higiênico, a casa tem banheiro. Sala para manter a privacidade do usuário. Os profissionais se relacionam bem. Há participação e coerência. A enfermeira coordenadora abre espaço para escutar os agentes. Sujeito 30: Higiênico, amplo, a minha equipe é ótima (todos unidos).

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
3. Como você percebe o ambiente desta UBS?	Sujeito 31: Com relação aos relacionamentos nos damos muito bem, a estrutura é ótima Sujeito 32: É bom, arejado espaçoso, tem 3 quartos, 2 banheiros, enfim tem o que precisa. Sujeito 33: Não tem estrutura, deixa a desejar, e através da distância fica muito longe das casas. Sujeito 34: Algumas deficiências físicas (estrutura), pequeno para a comunidade, que dificulta a ação da equipe Sujeito 35: Regular. Pois, as pessoas não estão se sentindo bem por falta de médicos, medicamentos e outros. Uma estrutura pouco confortável. Sujeito 36: A estrutura está precisando de uma reforma urgente. Falta de banheiro para os pacientes, faltam salas para médicos, falta água para beber, a amizade não é confiável. Sujeito 37: Um ambiente que merece melhorar, os espaços devem ser melhor aproveitados para melhor atender pacientes com conforto e humanidade Sujeito 38: A necessidade de um acompanhamento amplo para atender a comunidade. Muita falta de medicamento, tratamento de água péssimo. Sujeito 39: É um atendimento bom, pois cada um faz sua parte e as pessoas gostam. Sujeito 40: A estrutura dessa UBS precisa de uma reforma urgente. Falta de salas. A amizade não é muito boa. Sujeito 41: Um pouco precário, falta de médicos, de estrutura no atendimento, medicamento normal, mas com pouca ênfase. Sujeito 42: Eu percebi que nesse ambiente falta Médico, remédio, a unidade não tem conforto, não tem higiene (mas cheirosa, limpa). Sujeito 43: Precisa ter mais comunicação com os agentes, pois, se sentem sozinhos. Clima entre a recepção é bom considerando que elas não podem fazer nada por eles. Sujeito 44: Eu acho bom na medida do possível, mas poderia melhorar em prol da população Sujeito 45: Horrível. Não tem espaço suficiente (estrutura física). Ridícula, os funcionários querem pisar em nos "Agentes". "Não somos realizados". O trabalho não é valorizado. Sujeito 46: A amizade no trabalho é boa, como são profissionais competentes, melhorar o atendimento em domicílio, a estrutura da UBS é boa. Sujeito 47: Deficiente, há uma enorme distância em cada funcionário salva-se poucos que ainda acreditam na humanização a estrutura física deixar a desejar em termo de instrumentos e espaços, além do sigilo do paciente. Sujeito 48: Muito bom todos trabalha com o amor e dedicação. Principalmente a Secretária de Saúde. Sujeito 49: Serventes sempre limpando, ambiente limpo. Sujeito 50: Deveria trabalhar os profissionais o lado emocional e não só o dinheiro. As relações são prejudicadas por falta de motivação dos agentes. Sujeito 51: A estrutura é boa, bem arejado e ventilado. As relações entre os colegas não é boa, falta de respeito e consideração ao papel de cada um. Sujeito 52: União acima de tudo, dando um conselho ao outro pra sempre ter um ambiente com paz e harmonia. Sujeito 53: Às vezes o atendimento é turbulento, estressado, falta de paciência com os pacientes.

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
3. Como você percebe o ambiente desta UBS?	Sujeito 54: Um ambiente muito bom mais ao mesmo tempo ruim, pois as pessoas que trabalham nem sempre estão alegres e atendem as pessoas muito mal, como se os problemas delas as pessoas devessem culpa. Falta de limpeza. Sujeito 55: Uma estrutura muito bem organizada, tem varias salas e o que está mais necessitando é de mais atendimento, o ambiente é agradável, calmo. Tranquilo, o bom seria se fosse um atendimento 24 horas. Sujeito 56: Percebo que existem pessoas desunidas, e mal informadas, e que muitos se desfazem dos ACS. Mal sabem eles que somos nós (médico/auxiliares.) enfermeiro que fazemos o nosso trabalho, e muito bem feito. Sujeito 57: Ambiente bom, com participação de todos para que sempre tenham um bom desempenho. Sujeito 58: Para nossa comunidade é um ambiente bem localizado e bem estruturado. Já o ambiente é complexo por conta da comunicação. Sujeito 59: O ambiente físico torna-se pequeno, com a quantidade de pessoas que são atendidas aqui . Há manhãs em que existem 60 crianças, acompanhadas por mais 60 mães, com poucas cadeiras para acomodação. O calor também atrapalha, compram ar condicionados. As outras salas continuam quentes. Sujeito 60: Acolhedor. Sujeito 61: Percebo que precisa muito de ser um atendimento humanizado com urgência, pois falta muito respeito pelo próximo. Sujeito 62: Infelizmente não humanizado, os profissionais atendem muito mal os pacientes. Sujeito 63 : Um horror, triste. Sujeito 64 : Legal. Sujeito 65: Mais ou menos. Sujeito 66: Representa pouco envolvimento com o paciente, fica a desejar Sujeito 67: Um ambiente de harmonia entre os pacientes entre os funcionários como o todo criando um clima de paz. Sujeito 68: Bom, apesar de precisar melhorar. Sujeito 69: Bem localizado. Sujeito 70: Bom ambiente. Sujeito 71: Cheio de intrigas, uns querendo passar querendo passar por cima dos outros, muita arrogância das pessoas, sem falar da falta de educação das mesmas. Sujeito 72: Não respondeu. Sujeito 73: Muita arrogância, cheios de intrigas, falta de educação. Sujeito 74: Bem localizado. Sujeito 75: Acho que precisa melhorar e muito, o atendimento com os pacientes e com os colegas. Sujeito 76: Acolhedor e livre de discriminação, visando a qualidade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. Sujeito 77: O ambiente é péssimo. O agente de saúde só é respeitado em reuniões e próximo a campanhas políticas. Sujeito 78: Que está precisando de uma reciclagem urgente! As relações interpessoais. Estrutura é pequena. Sujeito 79: Bom. Espaço grande, salas para todos menos para os ACS quando eles querem fazer um trabalho fica em salas que não tem ninguém, são uma família todos se dão bem. Sujeito 80: O ambiente é muito bem estruturado para receber a quantidade de pacientes que são atendidos. Os profissionais são bem capacitados para exercer suas atividades.

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
3. Como você percebe o ambiente desta UBS?	Sujeito 81: Bom, um ajudando o outro da melhor maneira. A estrutura física boa (grande espaço suficiente) Sujeito 82: Fica a desejar entre os funcionários. A estrutura muito boa. Sujeito 83: O ambiente físico é bom, grande com um pátio e recepção boa. A relação entre os profissionais sem problema. Sujeito 84: O ambiente é ótimo, tem consultório odontológico, sala de curativo e o atendimento é uma das melhores coisas da UBS Sujeito 85: A estrutura é pequena, falta lugar para as pacientes sentar. A relação entre os ACS é ótima Sujeito 86: O ambiente não é tão bom quanto as salas para médico, para enfermeira e para dentista é horrível esse ambiente precisa de uma grande reforma, ou melhor, outro posto. Sujeito 87: Bom. Precisa de uma pequena reforma no telhado. A relação entre os profissionais é ótima. Sujeito 88: A estrutura ainda não é adequada, porque falta material. Ex.: mesa, armários etc. Pra mim está muito bem, com o relacionamento está ótimo. Sujeito 89. Precisa de reforma: fossa precisando manutenção, falta consultório odontológico. Sujeito 90: É um ambiente ótimo. A equipe é completa. O posto é bem organizado, o espaço é médio mais bem acolhedor. Sujeito 91: Com minha equipe está tudo bem, agora está boa porque foi reformada, entre os médicos e enfermeiros também está ótimo. Sujeito 92: Limpo e organizado, a estrutura não é de uma UBS é uma escola pública. Sujeito 93: Não, pouca, quem limpa “eu” estrutura ruim. Apesar de ser melhor que nada. Sujeito 94: Não é adequado, é uma casa abandonada sem nenhuma condição de ser uma UBS, cheia de cupim e marimbondo. A relação entre os ACS é ótima. Sujeito 95: A estrutura é boa, a dificuldade é porque são poucos dias de atendimento 2 dias por mês. Sujeito 96: Em relação a equipe médica e pacientes, mantêm uma boa relação, humanitária com os agentes, tem a estrutura boa com equipe médica quinzenal. Sujeito 97: O ambiente não é adequado, pois é uma escola pública. Falta até cadeira para o médico atender. Sujeito 98: O ambiente não é muito legal, precisando melhorar para a comunidade. Sujeito 99: Precisa de mais estrutura, falta médicos, falta remédios, onde há visitas semanais das equipes médicas. Sujeito 100: Mantendo uma boa relação entre os agentes, precisando de uma maior estrutura na parte física. Sujeito 101: O ambiente muito precário, precisando de uma maior reestruturação, um apoio maior dos políticos e da secretaria de saúde do município. Sujeito 102: Está deixando muito a desejar, onde falta médico, o enfermeiro, o dentista onde só está presente o agente de saúde. O ambiente entre os agentes é excelente, onde há muita sinceridade. Sujeito 103: Falta muita coisa, uma estrutura melhor como: médico, dentista, estrutura física e higienização, onde a limpeza fica por conta dos próprios agentes, e principalmente a falta de remédios. Sujeito 104: Todos trabalham com total respeito um ao outro, com harmonia e dedicação. Sujeito 105: A estrutura não é de uma UBS, falta médico e uma organização mais intensa para atender as necessidades da comunidade. Sujeito 106: As relações entre os ACS são ótimas e a estrutura ainda precisa melhorar, uma casa pequena de zona rural. As formigas estão abrindo o chão. Sujeito 107: Impróprio para atendimento. Telhado e limpeza inadequados. Estrutura não é de um posto.

Sujeito 108: Estrutura física péssima, não é de um posto de saúde.

APENDICE E

EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS - EVOC

ENSEMBLE DES MOTS			RANGS					
			:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
acolhimento			: 5 :	2*	1*	2*		
moyenne :	2.00							
ajudar			: 5 :	0*	1*	1*	3*	
moyenne :	3.40							
alegria			: 6 :	0*	2*	1*	2*	1*
moyenne :	3.33							
ambiente-bom			: 2 :	0*	0*	1*	1*	
moyenne :	3.50							
amizade			: 18 :	4*	1*	5*	2*	6*
moyenne :	3.28							
amor			: 42 :	18*	9*	5*	6*	4*
moyenne :	2.26							
aprendizado			: 2 :	0*	0*	1*	1*	
moyenne :	3.50							
atenção			: 58 :	13*	22*	9*	7*	7*
moyenne :	2.53							
atuação			: 6 :	0*	0*	3*	2*	1*
moyenne :	3.67							
bom-humor			: 4 :	0*	1*	2*	1*	
moyenne :	3.00							
carinho			: 21 :	1*	2*	7*	7*	4*
moyenne :	3.52							
competência			: 5 :	0*	0*	1*	1*	3*
moyenne :	4.40							
compreensão			: 27 :	3*	5*	10*	4*	5*
moyenne :	3.11							
concentração			: 2 :	0*	0*	0*	1*	1*
moyenne :	4.50							
confiança			: 3 :	2*	0*	0*	0*	1*
moyenne :	2.33							
conscientização			: 8 :	0*	2*	3*	2*	1*
moyenne :	3.25							
cuidados			: 13 :	1*	3*	1*	4*	4*
moyenne :	3.54							
dedicação			: 16 :	2*	3*	1*	6*	4*
moyenne :	3.44							
direitos			: 4 :	3*	0*	0*	1*	
moyenne :	1.75							
educação			: 40 :	3*	9*	11*	7*	10*
moyenne :	3.30							
equidade			: 3 :	0*	1*	0*	2*	
moyenne :	3.33							
equipe			: 2 :	1*	0*	0*	0*	1*
moyenne :	3.00							
humana			: 18 :	2*	0*	3*	7*	6*
moyenne :	3.83							
humildade			: 9 :	3*	1*	2*	1*	2*
moyenne :	2.78							

igualdade		:	3	:	1*	0*	1*	1*		
moyenne :	2.67									
informação-clara		:	13	:	2*	5*	2*	2*	2*	
moyenne :	2.77									
oportunidade		:	2	:	0*	0*	0*	1*	1*	
moyenne :	4.50									
organização		:	6	:	0*	4*	0*	1*	1*	
moyenne :	2.83									
paciência		:	11	:	0*	2*	5*	1*	3*	
moyenne :	3.45									
participação		:	9	:	0*	1*	0*	4*	4*	
moyenne :	4.22									
perseverança		:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*	
moyenne :	4.00									
peessoas		:	2	:	0*	1*	0*	0*	1*	
moyenne :	3.50									
prevenção		:	5	:	2*	1*	2*			
moyenne :	2.00									
profissionalismo		:	5	:	1*	0*	0*	1*	3*	
moyenne :	4.00									
qualidade		:	4	:	1*	1*	0*	0*	2*	
moyenne :	3.25									
recursos		:	2	:	1*	0*	0*	1*		
moyenne :	2.50									
respeito		:	62	:	26*	13*	8*	8*	7*	
moyenne :	2.31									
responsabilidade		:	16	:	7*	1*	3*	3*	2*	
moyenne :	2.50									
saúde		:	18	:	2*	7*	3*	3*	3*	
moyenne :	2.89									
solidariedade		:	30	:	4*	2*	8*	7*	9*	
moyenne :	3.50									
trabalho		:	4	:	0*	2*	0*	1*	1*	
moyenne :	3.25									
união		:	8	:	2*	2*	2*	1*	1*	
moyenne :	2.63									

DISTRIBUTION TOTALE	:	521	:	107*	105*	104*	103*	102*		
RANGS 6 ... 15	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 16 ... 25	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS 26 ... 30	0*	0*	0*	0*	0*					

Nombre total de mots differents : 42
Nombre total de mots cites : 521

moyenne generale : 2.98

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations et	cumul inverse
2 *	8	16	3.1 %	521 100.0 %
3 *	3	25	4.8 %	505 96.9 %
4 *	4	41	7.9 %	496 95.2 %
5 *	5	66	12.7 %	480 92.1 %
6 *	3	84	16.1 %	455 87.3 %
8 *	2	100	19.2 %	437 83.9 %
9 *	2	118	22.6 %	421 80.8 %
11 *	1	129	24.8 %	403 77.4 %
13 *	2	155	29.8 %	392 75.2 %
16 *	2	187	35.9 %	366 70.2 %
18 *	3	241	46.3 %	334 64.1 %
21 *	1	262	50.3 %	280 53.7 %
27 *	1	289	55.5 %	259 49.7 %
30 *	1	319	61.2 %	232 44.5 %
40 *	1	359	68.9 %	202 38.8 %
42 *	1	401	77.0 %	162 31.1 %
58 *	1	459	88.1 %	120 23.0 %
62 *	1	521	100.0 %	62 11.9 %

APÊNDICE F

CATEGORIAS E INDICAÇÕES

1. O que é para você o atendimento humanizado?

Indicadores	UBS a	UBS b	UBS c	UBS d	UBS e	UBS f	UBS g	UBS h	UBS i	UBS J	UBS k	UBS l	UBS m	UBS n	TOTAL	%
Atender com respeito	7	2	2	1	4	2	1	2	11	6	-	3	3	5	49	45,37
Atender com atenção	5	1	1	2	3	-	1	2	8	5	-	4	1	2	35	32,41
Atendimento prestado com amor	3	-	1	1	1	1	1	-	-	-	-	1	6	2	17	15,74
Atendimento igual para todos	2	-	1	1	-	2	4	2	3	-	1	2	3	2	23	21,30
Dar prioridade aos idosos hipertensos, diabéticos, crianças e deficientes	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3	2,78
Atendimento mais humano	1	-	-	3	-	-	1	-	4	-	-	-	-	-	9	8,33
Falta de estabilidade para os agentes	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,93
Precisa de melhoria na parte dos gestores	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1,85
Capacitação para os agentes	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0,93
Solidariedade ao usuário	-	2	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	5	4,63
Trabalhar com responsabilidade	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,93
União com as pessoas	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	1	1	5	4,63
Prestar serviço de qualidade	-	-	-	-	-	4	1	3	3	1	1	-	3	1	17	15,74

2. Como é o atendimento na UBS, é humanizado?

[illegible]

3.Como você percebe o ambiente desta UBS?

CATEGORIAS	UBS a	UBS b	UBS c	UBS d	UBS e	UBS f	UBS g	UBS h	UBS i	UBS J	UBS k	UBS l	UBS m	UBS n	TOTAL	%
UBS com estrutura Física pequena	8	3	2	0	0	3	2	0	2	0	2	0	0	0	22	20,37
Falta consultório estruturado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,93
Falta sala de reuniões ou auditório	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	3,70
Dificuldade nas relações interpessoais	5	2	0	1	0	2	4	7	8	1	0	0	0	0	30	27,78
Estrutura física da UBS precisa reforma ou manutenção	5	0	0	0	1	2	2	0	1	0	0	2	8	5	26	24,07
Boa relação entre os profissionais (acolhedor)	-	2	2	2	3	1	2	0	5	5	1	4	3	3	33	30,56
UBS limpa	-	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	6	5,56
Pouco tempo nessa UBS	-	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,93
Estrutura física boa da UBS	-	0	0	5	4	0	1	3	2	6	0	1	2	0	24	22,22
Boa relação entre a comunidade	-	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,85
Ambiente quente (Arquitetura)	-	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	1,85