



ciência plural

PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS SOBRE HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO ANCORADO NA TEORIA DA DÁDIVA

Perceptions of users about humanization in family health strategy: a study based on the theory of gift

Andrea Taborda Ribas Cunha • Médica, Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFRN), Docente da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). E-mail: andreacunha2003@yahoo.com.br

Rosana Lúcia Alves Vilar. Enfermeira • Doutora em Ciências Sociais (UFRN), Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: rosanaalvesrn@gmail.com

Ricardo Henrique Vieira Melo • Dentista da Estratégia Saúde da Família de Nazaré (SMS Natal/RN); Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFRN); Preceptor do PetgraduaSUS (SMS-Natal/UFRN); Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde (UFRN); Facilitador Pedagógico do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS/UFRN). E-mail: ricardohvm@gmail.com

Alexandre Bezerra Silva • Enfermeiro e Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFRN). E-mail: alexandre_enfe@hotmail.com

Maisa Paulino Rodrigues • Doutora em Ciências da Saúde e Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRN). E-mail: maisarodrigues13@gmail.com

Autor responsável pela correspondência:

Ricardo Henrique Vieira Melo. E-mail: ricardohvm@gmail.com

RESUMO

Introdução: Os processos de adoecimento e saúde estão interligados desde o nível individual até o nível coletivo. Deve-se romper com fazeres tradicionais para alcançar uma dimensão mais integral, capaz de respeitar a subjetividade e o protagonismo do usuário. **Objetivos:** Analisar as percepções dos usuários sobre a humanização na produção do cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família; identificar elementos que caracterizam práticas humanizadas e não humanizadas na produção do cuidado em saúde e relacionar as percepções sobre humanização com as noções sobre clínica ampliada e participação social presentes na Política Nacional de Humanização. **Métodos:** Pesquisa compreensiva-interpretativa (qualitativa), exploratória. Para coleta dos dados foi utilizada a técnica de Grupo Focal juntamente com a Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES), enquanto atividade interativa. Os dados foram analisados pela técnica de análise temática de conteúdo e interpretados a partir de aportes da Teoria da Dádiva. **Resultados:** as categorias encontradas relacionaram aspectos simbólicos e materiais: a qualidade dos circuitos de trocas; a responsabilização e o vínculo; o acolhimento enquanto escuta qualificada; a qualidade de comunicação e diálogo; o acesso e funcionamento da rede de serviços de saúde; a estrutura física e insumos; a ambiência para os espaços de cuidado. **Conclusões:** a humanização na saúde tem importância para o cuidado integral, reforçando movimentos humanescentes relacionados às práticas dos serviços de saúde. A participação dos usuários em um sistema de trocas recíprocas e positivas junto aos profissionais de saúde pode fazer circular a solidariedade no cuidar, com ressonância na qualificação do cuidado.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Estratégia Saúde da Família. Participação Social.

ABSTRACT

Introduction: This research assumes that for changes in health practices directed to an integral care, is crucial humanization, participation and autonomy of service users. **Objectives:** This research analyzes the perceptions of users about humanization in the production of health care in the daily life of a territory of the Family Health Strategy in a medium-sized municipality. Its specific objectives were to identify elements that characterize humanized practices and not humanized in the production of health care; and relate the perceptions of users about humanization with the notions of expanded clinical and social participation present in the National Humanization Policy. **Methods:** It was a comprehensive-interpretative (qualitative) and exploratory study that used to collect data to Network Analysis Methodology of Everyday Life, with focus groups. Data were analyzed by the thematic analysis technique and interpreted based on contributions of the National Policy of Humanization and the Theory of Gift. **Results:** the categories found related symbolic and material aspects: the quality of the exchange circuits; accountability and linkage; the host while listening to qualified; the quality of communication and dialogue; the access and operation of the health services network; the physical structure and inputs; the ambience for the spaces of care. **Conclusions:** The participation of users deconstructing and reconstructing concepts remainder humanization in the production of health care is a key factor for the privileged space of the Family Health Strategy to create more active people and understanding their needs and demands, is possible path to build a participative management.

Keywords: Humanization of Assistance. Family Health Strategy. Social Participation.

Nas últimas décadas as discussões sobre reformas da saúde e dos modelos de atenção têm sido uma constante no contexto brasileiro. Neste debate, a implantação do Sistema Único Saúde (SUS) se constitui um fórum privilegiado para propor a consolidação de uma lógica de atenção centrada na vigilância da saúde, na perspectiva de práticas mais integrais e humanizadas de cuidado.

A gestão do cuidado, como a forma de organização da atenção à saúde, em substituição ao reducionismo dos programas assistenciais verticalizados, parte do pressuposto de que os processos de adoecimento e saúde estão interligados do nível individual ao coletivo. Sendo assim, deve-se romper com fazeres tradicionais, visando alcançar uma nova dimensão, integral, capaz de respeitar a subjetividade e o protagonismo do usuário.

O cuidado “é muito mais uma atitude do que um ato em si, (...) abrangeria muito mais que um momento de zelo, mas sim uma atitude de ocupação, preocupação e responsabilização para com o outro”¹. Neste contexto, o ato de cuidar perderia parte da dimensão utilitarista de mera assistência tecnicista, incorporando os determinantes sociais da vida, o reconhecimento do indivíduo enquanto ser humano, a participação solidária e a responsabilização da pessoa na construção de seu próprio destino.

Ayres² convida a repensar o cuidado em saúde no sentido do reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito que utiliza os serviços de saúde, inserido em seu cotidiano, com seus sofrimentos e valores sociais. Esta abordagem destaca que na produção do cuidado ocorre:

“O desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, o exercício de uma sabedoria prática para saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde”².

Nesse escopo cabe o debate sobre a humanização com o questionamento do modelo e da qualidade da atenção, visando à superação dos problemas existentes e minimização do sofrimento dos usuários. É preciso problematizar os modos de fazer presentes nas práticas de saúde desenvolvidas no cotidiano, pois a humanização da saúde é um tema constante e fundamental, na agenda política e assistencial brasileira, na busca por um sistema de saúde mais integral, democrático e de qualidade.

Martins³, discutindo sobre a desumanização na saúde, aponta a necessidade da revalorização do homem enquanto totalidade, superando a fragmentação ocasionada principalmente pelos interesses econômicos

consequentes de uma medicina mais tecnicista. Uma medicina mais humanista reivindica uma diversidade disciplinar, conceitual e política para dar conta de um cuidado integral e está influenciada por complexas teorias relacionais que explicam os diferentes modos de sentir, adoecer e morrer presentes no cotidiano das pessoas.

Para tanto, um diálogo entre o cuidado e a Teoria da Dádiva (ou Dom) é pertinente, e reforça o argumento de que a humanização do cuidado depende diretamente de como o profissional de saúde fixa sua atenção no usuário para inseri-lo em um sistema de trocas interpessoais, que envolve a dimensão do dar, receber e retribuir, desenvolvendo a solidariedade durante o ato de cuidar. Esta teoria foi sistematizada inicialmente por Mauss⁴, e vem fundamentando discussões sobre as alianças sociais, a humanização da saúde, e a centralização do cuidado no usuário.

Ela constata que a lógica mercantilista contemporânea não substitui as antigas formas de vínculos e alianças entre os seres humanos. E que o valor das coisas não pode ser superior ao valor da relação, caso contrário haveria o equívoco de limitar todas as motivações humanas apenas ao interesse egoísta ou mercantil. Neste contexto, a sociedade seria fundada na ambivalência da reciprocidade dos movimentos de dar, receber e retribuir, entre interesse e desinteresse, contrato e vínculo. Sendo a dádiva ambivalente, ela ultrapassa a antítese entre o eu e o outro, a obrigação e a liberdade, o mágico (simbólico) e o técnico^{4,5}.

Neste contexto, alguns aspectos das ciências sociais sobre a Teoria da Dádiva podem ser aplicados aos estudos na saúde, para enriquecer a compreensão das interações nos circuitos de trocas sociais, pois explicam os fundamentos da solidariedade e do vínculo enquanto elementos essenciais para a produção do cuidado, através da reciprocidade dos movimentos de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais durante as relações sociais. A dádiva (dom) é uma das formas de explicação da ação social para a constituição de vínculos⁶

No campo da saúde, no contexto de valorização do usuário, um sistema de dádivas de cuidados:

Considera igualmente os bens materiais da cura (a substância) e os bens simbólicos (atenção, escuta, cuidado, conselhos, etc.) como fundamentos igualmente relevantes da organização da saúde (corporal, emocional e política) e da vida⁷.

O sistema da dádiva, enquanto partilha, não é caridade. Cada sujeito faz o seu movimento de solidariedade material e/ou simbólico, livre e/ou obrigatório, interessado e/ou desinteressado, ambíguo. Na

dáviva-caritativa, que não é objeto destas linhas, o movimento solidário é unilateral, sem contrapartida, prestação ou obrigação.

É necessário esclarecer melhor o que de fato são consideradas práticas humanizadas em saúde, bem como o que seja humanizado, na percepção dos usuários, principalmente em um cenário complexo como a Atenção Básica, correlacionando as concepções aos eixos da Política Nacional de Humanização (PNH)⁸ e a produção do cuidado nas práticas cotidianas nos serviços de saúde. Na pesquisa, o cotidiano é compreendido como um conjunto de aspectos presentes na vida de qualquer sujeito que tem suas particularidades⁹ e a humanização como conceito experiência, partindo das existências concretas, considerando o ser humano em sua diversidade¹⁰, incorporando vários sentidos permeados pelas inter-relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários em uma dada realidade¹¹.

A conscientização destes aspectos, durante as vivências interativas, poderá contribuir para a manutenção das ações coletivas ofertadas nos grupos de convivência, bem como disparar a construção compartilhada de novas práticas de promoção de saúde, fortalecendo o pertencimento e o vínculo entre os conviventes. Sendo assim, esse artigo apresenta parte dos resultados de uma dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), pela nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e tem como objetivo as percepções dos usuários sobre a humanização na produção do cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família à luz dos aportes sociológicos da Teoria da Dáviva de Mauss¹².

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa que, segundo Minayo¹³, se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam, direcionada a busca de aspectos que não são facilmente quantificáveis produzidos pela interpretação que os seres humanos fazem a respeito de seu modo de viver.

A pesquisa foi desenvolvida em um município de médio porte (280 mil habitantes) em duas Unidades de Saúde da Família contíguas (denominadas USF 1 e USF 2), escolhidas pelo fato de preencherem os requisitos da Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, no que diz respeito à composição das equipes de ESF e sua cobertura, e caracterizadas por um contraste acentuado em relação ao perfil sócio

econômico e vulnerabilidade das populações adscritas. A USF 1 possui uma área de abrangência com melhores condições sanitárias que a USF 2.

Cada grupo focal, um em cada USF, foi composto por usuários cadastrados nas USF, com idade mínima de 18 anos, que assumissem exercer algum tipo de representatividade (liderança) na comunidade, formalizada ou não, e que aceitassem participar espontaneamente no estudo. Foram excluídos os usuários que não apresentassem estes critérios ou que recusassem participar da pesquisa. Foram, respectivamente, nove e dez participantes nas UBS 1 e 2.

A coleta dos dados foi operacionalizada em dois grupos focais, em meados do ano de 2014. Partindo da informação de que o grupo focal é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é o objeto de pesquisa, a partir de suas experiências pessoais¹⁴, as trocas existentes no processo de realização do grupo focal permitiram ao pesquisador coletar opiniões, crenças, valores e, posteriormente, analisar as relações estabelecidas.

Assim, a interação se configurou como parte integrante do método, durante o processo, de forma que o encontro grupal possibilitou aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado tema. Na discussão, o grupo focal pode atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar, revelando dimensões de entendimento que, frequentemente, permanecem inexploradas pelas técnicas convencionais de coleta de dados¹⁵.

O roteiro dos grupos focais foi norteado pela Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES), idealizada por Martins¹⁶, de base qualitativa pedagógica e investigativa. Esta metodologia utiliza duas fases complementares para facilitar o conhecimento acerca de como os usuários constroem suas redes, itinerários e trajetórias no sistema de saúde.

A primeira etapa induziu uma desconstrução de valores e conceitos prévios através de um mapeamento das redes de crenças, apreendendo as representações conscientes ou significações práticas, sobre os condicionantes (macro e micro) sociológicos responsáveis pela produção do bem-estar e da humanização. Na segunda etapa foi feito um mapeamento das redes de conflitos e mediações da pessoa (mapa do self) possibilitando uma reconstrução e avaliação de conflitos presentes na cena cotidiana, estimulando a participação dos sujeitos da pesquisa no processo de discussão dos temas propostos. As questões norteadoras, durante a operacionalização da MARES, foram direcionadas aos objetivos da pesquisa. Na

primeira fase, o momento da desconstrução macro social estimulou discussões na perspectiva da humanização na produção do cuidado em saúde, e o momento da desconstrução micro social articulou o debate relacionando as percepções encontradas com as práticas diárias na produção do cuidado em saúde no cotidiano dos usuários, dentro dos serviços de saúde que frequentam. Na segunda fase, com o caráter de reconstrução, foi elaborado pelos participantes um mapa (self) constituído por um alvo (círculos), contemplando os problemas identificados com possíveis soluções para os enfrentamentos.

As falas foram gravadas, transcritas e analisadas a luz da técnica de análise temática de conteúdo proposta por Minayo¹³, incluindo três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, juntamente com sua interpretação. A análise foi baseada no método de Análise Temática de Conteúdo, sistematizada por Minayo¹³, que permite descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem alguma coisa para o objeto da pesquisa.

A técnica de análise foi realizada em três etapas: pré análise, exploração do material / tratamento e interpretação dos dados obtidos. Na pré-análise foi feita uma leitura flutuante do material obtido que constou da transcrição das falas e relato do diário de campo elaborado pelo observador. Na exploração do material, a partir da compreensão do texto, foram identificados os núcleos de sentidos e feita a classificação de categorias a luz do objetivo da pesquisa e roteiro utilizado na investigação.

Para interpretação dos resultados e discussão, foram trazidos alguns aportes reflexivos sobre a Teoria da Dádiva¹², confrontando com a realidade empírica, procurando identificar: o que se tem a dar ou doar durante a vivência, a percepção e a consciência de si, do autocuidado, as habilidades apreendidas a partir da entrega de si à experiência (doação); o sentimento de abertura para outras possibilidades, descobertas e curiosidade para o novo, de acolhimento e integração com o grupo (recepção); e a retribuição, pela vontade de reproduzir a prática, o desejo de continuidade da experiência, o compromisso espontâneo de incorporação das atividades nos serviços de saúde, o efeito multiplicador, a ressonância na vida cotidiana.

No que diz respeito aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE 1677061.3.00005292). No que diz respeito aos aspectos éticos, a investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP-HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no Parecer nº 382.738 e registrada no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 16770613.3.0000.5292, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa

envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere às suas recomendações. Todos os participantes foram orientados sobre a natureza da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o Termo de Autorização para Gravação de Voz e foram identificados pelos codinomes de frutas regionais, para fins de sigilo.

Resultados e Discussão

Os participantes da pesquisa foram dezenove usuários (nove na UBS 1, e dez na UBS 2), sendo a maioria do sexo feminino, com um média de idade de quarenta e sete anos. Todos conheciam a rotina das unidades de saúde.

As noções acerca do que era ser humano ou desumano, relacionados à produção do cuidado em saúde, convergiram nas falas para algumas categorias comuns, ligadas inicialmente às relações consideradas de afeto ao cuidar e a desumanização como a ausência do mesmo. As percepções sobre afeto estiveram relacionadas à preocupação com o outro e o cuidado por ele, não apenas como tradução de amor ou sentimentalismo, apesar ser referido como um carinho pelo próximo, e com o conceito de bondade.

A afetividade apareceu não como uma dimensão substantiva, mas como a motivação de uma ação social que tem sinais diversos dependendo do modo como a ator age reflexivamente sobre a memória de sua prática. O afeto seria então uma forma de sociabilidade que prescinde de vínculos sociais estáveis, tais como os familiares ou amorosos².

Para Martins¹⁶ o reconhecimento da presença do outro, quer como aceitação afetiva, quer como respeito a direitos é fundamental para que qualquer ação em saúde seja validada como cuidado. Algumas falas registradas atestam o afeto como categoria presente no sentido expresso sobre humanização:

“Acho que as pessoas têm que ter carinho ao tratar com outras pessoas. Esta forma de carinho é afeto, faz parte da humanidade de cada um. É uma forma de se demonstrar amor” (ABACAXI 1);

É ser cuidadoso, afetuoso. Quando a gente é cuidada se sente aliviada, porque foi bem atendida (MANGA 1).

Considerando o referencial da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), a humanização não seria restrita ao bom homem, mas ao homem real e complexo, representado nas práticas sociais concretas, influenciado pela subjetividade das suas interações e relações sociais¹⁷.

É conveniente lembrar que a qualidade dos circuitos de trocas, como proposto na Teoria da Dádiva, também podem ser positivos ou negativos em relação à circulação dos bens materiais e simbólicos, fortalecendo ou enfraquecendo o vínculo entre os parceiros de interação¹⁸. Neste sentido, a gentileza e grosseria também foram relacionadas com a humanização e desumanização, expressando a forma como o usuário é tratado na unidade de saúde:

“Para mim é muito importante saber zelar, saber dar e receber. Porque muitas vezes a gente chega com uma necessidade imensa que não é por causa só da doença. É o espiritual, o ser da pessoa que está carente” (MANGA2);

“Desumanas são aquelas pessoas que não veem com bons olhos os problemas dos outros. Não atende bem, não entende nosso problema, não ajuda o próximo” (MAÇÃ 2);

“Ser ruim é não se preocupar com os outros, com os problemas da pessoa, da comunidade. É viver só para si. É ser desumana” (MANGA1).

Os valores sociais e de vínculo podem ser mais reconhecidos do que as virtudes técnicas. Mesmo que um atendimento não seja resolutivo, se ele for pautado pela confiança e responsabilização, pode ser considerado humanizado, pois são influenciados pela natureza da interação, entre profissionais e usuários, nos circuitos de trocas materiais e simbólicas.

A percepção de significados vinculados à reciprocidade nos remete ao sistema da dádiva, discutido por Mauss¹² e seguidores, como fundamental para instauração do vínculo social. Nesse caso, ocorre a troca entre cuidar e ser cuidado, estruturando a prática do cuidado. A leitura sobre a dádiva na atualidade da sociedade de mercado apresenta uma visão não estruturalista desta, compreendendo-a como fundamento de um paradigma novo, no qual o vínculo social envolve de forma dialética a liberdade e a obrigação, a espontaneidade e a norma, se sobrepondo ao utilitarismo material, identificando-se assim com o antiutilitarismo. Esta concepção, fortalece o entendimento sobre a reciprocidade e a solidariedade como valores fundamentais na constituição de uma sociedade^{11,21}.

Para Sabourin¹⁹, a reciprocidade é definida como a dinâmica de reprodução de prestações, geradora de vínculos sociais, permitindo o reconhecimento do (s) outro(s), em função do sentimento de pertença a um grupo, formando uma identidade coletiva, iluminando as práticas solidárias, fazendo florescer experiências de partilha e ajuda mútua, na construção da vida social.

Outro sentido presente nas falas, e também condizente com a PNH, evidenciou que o cuidado humanizado está relacionado à responsabilização e vínculo. Foi utilizada a palavra honestidade no sentido de expressar a confiança e o respeito pelos direitos dos usuários enquanto cidadãos. Os favorecimentos, o individualismo e a falta de empatia apareceram enquanto barreira na qualificação do cuidado:

“Pessoas que trabalham em um serviço de saúde têm que ser muito honestas com as pessoas carentes que precisam do serviço. Tem que passar informações corretas, para onde a pessoa deve ir. Ser desumano é ser descuidado e desonesto. Aquele que você não pode confiar passa informações erradas, pensa em seus interesses, passa a perna nas pessoas. Querendo ter sempre vantagem em alguma coisa” (ABACAXI 2);

“Desonesto é ser desumano no cuidado. É falta de caráter, falta de ser responsável na sua profissão, de saber acolher, de saber atender” (MANGA 1).

O respeito pelo usuário enquanto cidadão e a clareza destas relações são fundamentais para o exercício de uma forma de cuidar voltada para as demandas e necessidades. As bases de confiança estabelecidas favorecem o usuário a ser partícipe no processo de cuidar, através de relações de reciprocidades capazes de fazer dialogar as percepções sobre humanização com a dádiva, enquanto uma partilha solidária. A responsabilização enquanto condição essencial para um cuidado humanizado foi ressaltada:

“Eu acho que o atendimento em saúde tem que ter mais responsabilidade. Acho que aqui tem pessoas responsáveis, que cumprem seu trabalho e horários. E tem também pessoas irresponsáveis para com a gente. Não se responsabilizam em resolver nossa situação” (MORANGO 1).

A participação do Agente Comunitário de Saúde como alguém próximo à comunidade foi ressaltada como componente produtor de um vínculo mais efetivo e elo de comunicação com a equipe de saúde. A centralidade

do usuário na análise da demanda por cuidado em cada território poderá facilitar o entendimento de como ocorrem os processos de trocas dentro do circuito da dádiva:

“A gente confia mais nos agentes de saúde do que em outros profissionais. Moram na comunidade. Eles fazem a ponte entre a gente e o posto, com paciência, sem intriga” (MANGA 2);

“Quando o Agente de Saúde está de férias nem dá gosto de vir ao posto, a gente não se sente tão ouvido e representado. Quando ele está aqui eu confio que ele vai resolver a situação” (CAJU 2).

Outra categoria muito presente esteve relacionada diretamente ao acolhimento enquanto escuta qualificada, tal qual proposto na PNH, que deve ser realizado pela equipe como um todo e que se preocupa em ouvir o usuário e dar resposta às suas demandas e necessidades, sendo responsável e resolutivo conforme as possibilidades⁸:

“Humanizado é um atendimento em equipe. Porque você chegar em um posto e ter uma equipe que ouve e sabe informar e resolver, e pode ser até indicado para outro serviço, é um atendimento integral, que não abandona a gente” (MANGA 2);

“É importante escutar, para saber cada situação antes de dizer um não” (MAÇÃ VERDE 1).

A escuta resolutiva pode ser interpretada à luz do circuito do dom, onde o acolhimento ocorre através do reconhecimento do usuário nos serviços, ampliando assim os espaços de escuta e a compreensão das necessidades de cada um. O trabalho em equipe soma saberes e traz maior resolutividade às demandas da população²¹.

A qualidade de comunicação e diálogo também foi evidenciada enquanto categoria indicadora de um cuidado humanizado, fundamental para que o fluxo de informação seja uniforme, minimizando confusões. Apresentou, portanto, consonância com relação a importância dos espaços de diálogo propostos pela PNH⁸:

“Nas reuniões do posto deveriam conversar para trabalharem melhor, informarem melhor, trazerem também nossas dúvidas” (MANGA 1);

“Se me passassem melhor as informações, eu não passaria por algumas coisas, tanta desinformação” (MAÇÃ VERDE 1).

Podemos aqui citar a pertinência da dádiva de aliança²¹, onde indivíduos formam associações espontâneas para fundar a vida social mediante o benefício dos bens e serviços, a disposição para acolher, reconhecer e dignificar o outro. É nesta perspectiva que a PNH propõe, através do diálogo permanente entre gestão, profissionais e usuários, qualificar e humanizar as ações em saúde segundo as diretrizes do SUS. Os espaços para discussão e cogestão são importantes para ampliação da escuta.

O acesso e funcionamento da rede de saúde, apontados como essenciais para um cuidado integral e humanizado, foram destacados também como categoria. Segundo Starfield²², o acesso é uma das características principais da Atenção Primária em Saúde (APS), juntamente com a longitudinalidade e coordenação do cuidado. Este aspecto demonstrou uma fragilidade do processo de trabalho, pois frequentemente o usuário permanece perdido entre os fios da rede de atenção em saúde, caminhando através de portas de entradas alternativas, a exemplo os serviços de emergências. Este fato diminui a eficiência da APS dificultando um cuidado integral:

“Desumano é ter que vir aqui e ir ainda no Centro Clínico para marcar os exames. Vai e volta... Demora” (ABACAXI 2);

“O atendimento médico é humanizado. Eu sempre consigo me consultar quando precisa. É fácil o acesso” (UVA 1).

As redes de usuários em saúde não são formadas somente de indivíduos, mas também por objetos invisíveis, não humanos (medicamentos, estrutura, dinheiro) que também contribuem para gerar os sistemas de troca e circulação de bens²¹. Quando estes objetos estão deficitários, interrompem este sistema e remetem aos usuários a sensação de desumanização do cuidado. Desta maneira, estrutura física e insumos foram identificados enquanto categoria:

“As vezes que eu não fui atendido foi mais por falta de material, de curativo, medicamento. Esta falta torna um pouco desumano” (ABACAXI 1);

“O atendimento aqui não é resolutivo. Falta estrutura para fazer um tratamento completo” (MANGA 2).

A ambiência para os espaços de cuidado em saúde não se traduz só na arquitetura, mas em todas as situações vivenciadas pelos usuários, em seus aspectos inclusive culturais. Vilar¹¹ nos traz em a importância atribuída à ambiência por profissionais, usuários e gestores para a humanização do cuidado em saúde. A autora refere que a deficiência da ambiência nas unidades de saúde estudadas prejudica a humanização do cuidado.

A categoria da ambiência foi mais citada na UBS 2, pois a mesma situa-se em imóvel alugado, de espaço físico pequeno, sem adequações para o atendimento em saúde e com umidade nas salas e infiltrações no forro e paredes. A UBS 1, apesar de ser mais antiga, já havia passado por reformas e adequações. Em ambas as unidades a falta de insumos foi considerada como prejudicial para continuidade do cuidado e resolução dos problemas.

Construções críticas acerca das falhas do sistema podem ser capazes de revisitar as práticas cotidianas e as trocas pessoais estabelecidas rumo ao fortalecimento de vínculo, afeto, confiança e responsabilização, através de uma postura mais participativa de todos os atores envolvidos na produção saúde. Nestes aspectos, a correlação com a Teoria da Dádiva é pertinente, pela reciprocidade devidamente necessária ao ato de cuidar.

Nesse canal de convívio, o que é recebido, em termos de educação em saúde, também deve ser devolvido, reproduzindo também o sentimento de responsabilidade, pela preocupação com o outro para produzir e partilhar valores éticos como a paz, a confiança, o respeito e a estima. As experiências de aprendizagem necessitam de uma estruturação voltada para a colaboração, a cooperação e intercâmbio ideias¹⁹.

É pertinente pontuar que é evidente que as relações sociais entre quem acolhe e o acolhido são permeadas pelas teorias da dádiva e da reciprocidade, uma vez que, quem se relaciona/acolhe, sempre tem algo a oferecer, mas também espera do outro algo em troca, e este processo também é recíproco por quem é acolhido²³. Elementos da reciprocidade, tipo: afetividade, atitude acolhedora, respeito e cuidado com o outro, aparecem como incentivadores dessa relação. Compreender a interdependência do outro nas relações de trocas significa reconhecer que os usuários também são produtores de cuidado e, não apenas, consumidores de serviços.

Para Mauss¹⁸ o homem concreto (total) deve ser visto como um ser biológico, psíquico e sócio histórico, sintetizando essa tridimensionalidade constitutiva do homem enquanto corpo, sentimento e racionalidade. E a sua totalidade somente pode ser apreendida sob a égide de uma abordagem interdisciplinar.

A educação se faz no cotidiano, através de uma reciprocidade educativa ligada ao sistema da dádiva, onde as ações de dar, receber e retribuir se fazem mais presentes do que nunca. Consiste no processo, não só de promoção da interação social e da socialização, mas também de constituição do sentido de história, de vinculação no tempo e no espaço, de mediação entre gerações²⁴.

Nas oportunidades de encontro, o estar às voltas com os outros é o que define o conversar que, por sua vez, é o que permite seguir na produção social do conhecimento fazendo, desfazendo e refazendo relações com as pessoas. Conversar é ao mesmo tempo situar e transitar entre aproximações sensíveis e distanciamentos necessários para construir múltiplas perspectivas de interações entre diferentes práticas de conhecimento, pois devemos conversar com aqueles com os quais nos entendemos²⁵.

Tais manifestações levam a reflexão sobre as relações no grupo como dádivas, enquanto sistema de relações simbólicas promovendo a aliança, pela tríplice obrigação e liberdade de dar, receber e retribuir, entre outros, reconhecimento e vida.

Considerações Finais

A gestão dos processos de trabalho em saúde é um campo complexo e que exige a emergência de pesquisas capazes de esclarecer as diferentes vertentes sobre a humanização na produção do cuidado em saúde. Podem representar um passo importante em direção à construção coletiva de processos de gestão compartilhada que possam contemplar práticas mais integrais de cuidado.

A humanização na saúde pode ser considerada (reconhecida) um caminho para o cuidado integral, reforçando os sentidos expressos pelos usuários (afeto, respeito, confiança e estima) como raízes de um movimento humanescente relacionado às práticas diárias dos serviços de saúde. O fortalecimento do vínculo entre os protagonistas da Estratégia Saúde da Família é fundamental para construção da Clínica Ampliada e consolidação da Política Nacional de Humanização.

A inserção do usuário em um sistema de trocas recíprocas e positivas junto aos profissionais de saúde pode fazer circular uma espécie de solidariedade do cuidar, que certamente refletirá em outros espaços da sociedade, pela humanização e qualificação do cuidado.

O acolhimento com escuta qualificada foi significativo para a construção de práticas humanizadas na saúde. A informação e o diálogo, além da própria responsabilização da equipe pelo usuário, podem ser maneiras eficientes para minimizar os impactos negativos de uma rede de atenção fragmentada.

A ampliação dos espaços de conversas entre profissionais e comunidade, facilitados pela experiência de aplicação da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano no contexto da Estratégia Saúde da Família, caracterizou-se como o plantio de uma semente em direção ao empoderamento dos sujeitos, em busca da formação de rodas de cogestão, a brotar na fertilidade da conversação democrática participativa.

Referências

1. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 2004.
2. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução nas práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(14):73-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>.
3. Martins PH. Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médica modernas. Petrópolis: Vozes; 2003.
4. Mauss M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: Mauss M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify; 2003. p. 185-314.
5. Martins PH, Campos RBC. *Polifonia do Dom*. Recife: EDUFPE; 2006.
6. Martins PH, Cattani, AD. *Sociologia da Dádiva*. *Sociologias*. 2014; 16(36):14-21.
7. Martins PH. O movimento das terapias humanizantes: corpo, cultura e ressignificação do humano. In: Puttini RF, Albuquerque LMB. (Org.). *Aventuras antropológicas no campo da saúde*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2013. p. 87-118.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização e gestão do SUS*. Brasília: MS; 2003.
9. Heller A. *O cotidiano e a história*. 4ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1992.
10. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17):389-394.
11. Vilar RLA. *Humanização na Estratégia Saúde da Família*. São Caetano do Sul: Yendis; 2014.
12. Mauss M. *Ensaio sobre a dádiva*. São Paulo: Cosac Naify, 2013.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. edição. São Paulo: Hucitec, 2013.
14. Powell RA, Single HM. Focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1996; 8(5)499-504.

15. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*, 2011; 35(4):438-442.
16. Martins PH. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: Pinheiro R, Martins PH. *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC; Recife: EDUFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009. p. 61-89.
17. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política Nacional de Humanização: trajetória de uma política. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(11):4541-4548. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>.
18. Mauss M. *Ensaio de sociologia*. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.
19. Sabourin E. Teoria da reciprocidade e sócio-anthropologia do desenvolvimento. *Sociologias*. 2011; 13(27):24-51.
20. Melo RHV, Felipe MCP, Cunha ATR, Vilar RLA, Pereira EJS, Carneiro, NEA, et al. Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2016; 40(2):301-309. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e01692014>.
21. Martins, PH. MARES: Desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano. In: Pinheiro R, Martins PH. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2011. p. 75-87.
22. Starfield, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
23. Lopes AS, Vilar, RLA, Melo RHV, França R. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde debate*, 2015; 39(104):114-123.
24. Rocha G. *Mauss e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2011. (Coleção Pensadores e Educação).
25. Pimentel A. A atitude etnográfica na sala de aula: descolonizando os processos de ensino. *REALIS*, 2014; 4(2):49-71.