

INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO: EXPERIÊNCIAS LOCAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Integrity and Humanization in Caregiving by Health Services

Elizabete Bessa Santos¹, Paula Dias Bevilacqua²

RESUMO

A assimilação da integralidade nos serviços e práticas de saúde promove a identificação da demanda local e garante acesso a todos os níveis de atenção. Nesse sentido, uma abordagem profissional mais humanizada, valorizando o outro e considerando sua subjetividade, pode garantir resultados mais eficientes no tratamento das doenças. Através de uma pesquisa de natureza exploratória, procurou-se identificar quais as representações que prevalecem entre usuários e profissionais de saúde quanto aos princípios da Integralidade e Humanização no atendimento. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e observação direta. O campo empírico compreendeu a região de abrangência do Programa Saúde da Família de um bairro da periferia, no município de Viçosa-MG. Evidenciou-se a existência de uma relação profissional/usuário distanciada, e a necessidade de maior conscientização da população sobre a importância da prevenção. A operacionalização da integralidade e da humanização deve incorporar o papel educativo das ações em saúde, de forma participativa, dialógica, incluindo práticas e saberes locais.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde; Humanização; Programa Saúde da Família; Prevenção.

INTRODUÇÃO

Segundo o texto constitucional, a saúde deve apresentar: *Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.*¹ Essa prioridade atribuída à prevenção apresenta uma forte conotação política, levando em consideração a trajetória da atenção à saúde no Brasil. Busca-se, assim, resgatar a enorme dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças da população brasileira,

ABSTRACT

The assimilation of an integrated approach in health services and practices promotes the identification of local demand, and ensures access to all levels of care. In this sense, a more humanized professional approach, valuing others and considering their subjectivity, can ensure more efficient results in treating disease. Thus, through an exploratory research study, we sought to identify the representations that prevail among users and health professionals about the principles of integrity and humanization of care. In our methodological approach, we conducted semi-structured interviews and direct observation. The empirical field included the region covered by the Family Health Program in an outlying neighborhood in the city of Viçosa, Minas Gerais state. The results revealed a distanced relationship between professional and user, and the need for greater public awareness of the importance of prevention. The implementation of integrity and humanization of health practices should incorporate the educational role of health actions, in a participatory and dialogical process including local knowledge and practices.

KEYWORDS: Health Care; Humanization; The Family Health Program; Prevention.

procurando dar um sentido de mudança à forma como, historicamente, se desenvolveu a assistência à saúde no Brasil. As organizações do setor sempre dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas e, por sua vez, tiveram pesos distintos no sistema, e foram oferecidas de maneira desigual. A saúde, portanto, deve ser ofertada com assistência integral através de maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico.²

As respostas governamentais às doenças, assim como

¹ Elizabete Bessa Santos, Mestra em Medicina Veterinária - Universidade Federal de Viçosa. Email: bebetebessa@yahoo.com.br

² Paula Dias Bevilacqua, Professora Adjunta. Departamento de Veterinária - Universidade Federal de Viçosa - Viçosa/MG.

as próprias doenças a serem incluídas na agenda governamental, tradicionalmente eram fundamentadas pelo saber técnico, particularmente pelo saber produzido pela saúde pública. Dessa forma, caracterizavam-se pela “centralização de sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter autoritário”³; muitas vezes, atropelando as necessidades específicas e reais da população assistida.⁴

A descentralização das ações e serviços, fundamentada na Constituição de 1988, contribuiu para a consolidação do sistema de saúde, garantindo a participação e controle social de forma mais efetiva e rompendo com a centralização das políticas governamentais. Assim, criaram-se condições para uma maior autonomia do nível local no uso dos recursos e na definição e implementação das políticas, com maior acesso e controle pelos setores organizados da população.⁵

A assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas repercutiu na identificação dos problemas de saúde que passam a ser enfrentados a partir do horizonte da população atendida, priorizando a relação interpessoal, o acolhimento entre os sujeitos, podendo ser apreendida como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta).⁶

Um segundo aspecto ligado à integralidade refere-se à garantia de acesso aos diversos níveis de atenção: primário, secundário e terciário. A ideia de que níveis de complexidade estejam relacionados, diretamente, com menor ou maior grau de especialização leva à ideia de a atenção primária à saúde apresentar menor grau de dificuldade ou exigir menor grau de conhecimento ou habilitação. Isso é um equívoco, pois o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes e utiliza intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados e usam, intensivamente, procedimentos baseados em aparelhos e exames.²

A prática integral em saúde introduz os aspectos singulares do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica, através do compartilhamento de saberes entre trabalhador e usuário, como forma de garantir resultados mais eficientes no processo de cura e/ou no controle das morbi-mortalidades. A atenção e o olhar profissional devem ser totalizadores e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social, com apreensão do sujeito não fragmentado. Esse modo de entender e abordar o indivíduo

baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o ser humano é indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes físico, psicológico ou social, considerados separadamente.^{2,7}

Sendo assim, a integralidade, contrapondo uma abordagem fragmentária e reducionista, contribui para a reorientação do modelo assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença. Caracteriza-se pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Ainda em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve restringir-se à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas. A responsabilização diante dos desafios do processo saúde-doença é a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um; é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação.⁷

Apesar de muito bem definida e caracterizada em textos técnicos e políticos, a discussão teórica sobre integralidade, em verdade, ainda é recente. De uma forma geral, a ideia de integralidade vem sendo veiculada em discursos de organismos internacionais e nacionais (Ministério da Saúde) e nas críticas formuladas pela academia. Também de forma geral, a integralidade é atrelada às ideias de ‘atenção primária’, ‘promoção da saúde’, ‘assistência à saúde’ nos espaços anteriormente citados.

A tendência massificante, conforme já pontuado, tem sido adotar a ideia de ‘integralidade dos cuidados’ remetendo a uma totalidade da atenção, entendendo o usuário em seu aspecto integral - biopsicossocial. A abordagem de Camargo-Borges e Cardoso¹⁰ é instigante, pois, ao refletirem sobre a inexistência de um ‘conceito’ de integralidade, consideram esse “um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas”. Também esses autores interrogam se “é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano?”; nessa condição correr-se-ia o risco de se caracterizar ou definir o repertório de necessidades, padronizando o desejo, a demanda e, conseqüentemente, a atenção.

Esse questionamento é essencial na atenção à saúde. Ainda que seja necessária a definição de ‘modelos’, que deveriam ser entendidos exatamente (ou apenas) como se propõem a ser: um norte, uma orientação genérica (ainda que pesem suas características ideológicas e políticas),

acabam por ser aceitos (e usados) como única estratégia, uma ‘receita de bolo’.

A discussão da integralidade remete também a outra questão: não existe um único profissional que dê conta da propalada ‘atenção integral’ à saúde. É importante o reconhecimento dos limites de cada categoria profissional, que sejam os mais básicos, o limite técnico. Assim, construir a integralidade é, obrigatoriamente, trabalhar de forma interdisciplinar e, conseqüentemente, de forma intersetorial e multiprofissional.

Assim como a integralidade, a humanização também se destaca na Constituição de 88; é mais do que um ato humanitário, significa considerar a essência do ser humano, o respeito à individualidade, bem como a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde o qual legitime o aspecto humano de todas as pessoas envolvidas na assistência.⁸ O processo de humanização passa, também, pela percepção do ser humano em todas as suas dimensões e inter-relações. Os laços afetivos tornam as pessoas e as situações preciosas, humanas e portadoras de valores éticos e humanos.⁹

Desconsiderar a subjetividade e a experiência de vida do paciente implica em uma série de conseqüências negativas para o relacionamento profissional-paciente/cliente. De fato, essa relação está quase sempre alicerçada na crença de que é somente o profissional de saúde, e não (ou também) o próprio usuário, que sabe a respeito do seu estado de saúde ou doença. A comunicação entre esses tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e conseqüente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente. Outro aspecto que prejudica a comunicação entre eles é o uso que o profissional faz da linguagem técnica, difícil de ser compreendida pelo usuário e o leigo, sobretudo de baixa instrução.¹⁰

A principal conseqüência verificada em virtude do distanciamento observado na relação entre profissional e paciente é o denominado ‘baixo comprometimento’ do paciente com o seu tratamento, imposto, na maioria das vezes, de forma verticalizada. O interessante é que, apesar de óbvio, os profissionais, geralmente, têm dificuldade de entender o porquê desse baixo comprometimento. A comprovação de que esse modelo de atenção possui limitações pode ser percebida tanto pelas constantes críticas e reclamações dos usuários, como por sua baixa resolutividade, já que fica cada vez mais clara a complexidade do processo de adoecer, bem como a necessidade de o paciente comprometer-se com os cuidados com a sua saúde. Esse

reconhecimento vem implicando a necessidade crescente do resgate da subjetividade e da relação dialógica entre o profissional e o usuário do serviço. Essa proposta parte da convicção de que, entre profissional e paciente-cliente, não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas.¹¹

Traverso-Yépez¹² aponta a necessidade de:

(...) superar essa visão antropocêntrica e individualista do modelo vigente, acreditando que o agir do profissional de saúde deveria ser forçosamente mais humilde, baseado na escuta, no diálogo e não na imposição de ‘receitas’.

A escuta é condição essencial na construção de novas formas de se fazer a atenção à saúde. Talvez seja condição primeira, pois ao incluir o ‘outro/paciente’ como ator partícipe do processo saúde-doença, rompendo com a hierarquia estruturante do conhecimento médico, ela possibilita a construção de uma nova prática de atenção. Na escuta do outro, as relações e práticas cotidianas são constantemente (re)construídas (ou não). A escuta, perpassando todos os níveis de inter-relações, é uma forma de operacionalizar as ideias de interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Obviamente que um ‘modelo’ de atenção centrada na escuta (e também, obviamente, que não nos referimos à escuta ‘técnica’, a anamnese) passa por sua discussão a partir (desde) da formação profissional, sob pena de cair em mais um conceito desgastado. De qualquer forma, o grande cenário de ‘novas’ práticas de atenção se dá no espaço micro, no espaço das relações cotidianas, onde o saber científico (no caso da medicina, centrado na medicalização do indivíduo, referendado pelo modelo biomédico de atenção) é confrontado com o saber ‘empírico’/não científico/popular - um saber que não é uma simples expressão da situação biológica do organismo, também está diretamente relacionado à visão de mundo do sujeito, a qual é influenciada, em grande parte, por crenças, atitudes e valores culturalmente construídos.¹³

Esse confronto possibilita a (re)construção de outros e diferentes saberes. As possibilidades de invenção desse caminho são múltiplas e devem ser, assim, como são múltiplas e diferentes as várias realidades: culturais, sociais, econômicas, biológicas, conforme relata Camargo-Borges e Cardoso¹⁴: “(...) esta é uma construção do cotidiano, que só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória”.

Apesar da polissemia do conceito de humanização da assistência e da amplitude possível das práticas que se autointitulam como ‘humanizadoras’, esse projeto/pro-

cesso pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada. Pode significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes e, quem sabe, novas práticas cuidadoras.¹⁵

Os profissionais de saúde (de nível superior, técnico e agentes comunitários de saúde) devem ser capacitados para uma abordagem humanizada. A humanização abrange, fundamentalmente, a democratização das relações, um maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente e o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Ainda, essa abordagem humanizada representa o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico.

A concepção do processo saúde-doença baseada na humanização dos serviços e na prioridade da atenção básica, não é dotado apenas de identificação de padrões, sinais e sintomas, dentro de uma visão meramente curativa, mas também de habilidades de perceber as vulnerabilidades do indivíduo, nos cenários da família e da sociedade.

A humanização como valor aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re) construindo não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que se entende ser a 'boa vida' e o modo moralmente aceitável de buscá-la.¹⁶

Deslandes¹⁵ comenta:

(...) o desafio da humanização nas ações e serviços de saúde diz respeito à possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo.

E isto se torna um desafio, na medida em que, conforme L'Ábbate¹⁷:

(...) os trabalhadores de saúde não devem ser considerados propriamente insumos ou recursos, mas sujeitos, com potencialidade de desenvolver-se constantemente em busca da autonomia possível, capazes de aderir a projetos de transformação.

O princípio da integralidade, por um lado, pode parecer de fácil operacionalização, uma vez que depende da reestruturação dos distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde, conforme assinalado por diferentes autores. Entretanto, a integralidade e, mais explicitamente, a humanização do atendimento têm ainda um grande desafio na medida em que somente são possíveis as suas execuções e, por conseguinte, os seus êxitos (ou não), na prática rela-

cional cotidiana entre os diferentes atores sociais do SUS. Nesse sentido, a necessidade de reorientação e reformulação do processo formativo dos trabalhadores em saúde, com vista a uma formação mais sensível à percepção e compreensão das demandas e necessidades dos diferentes grupos populacionais partícipes do modelo de atenção à saúde é necessária, sendo já realidade, porém insipiente, em algumas instituições de ensino no Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Através de uma pesquisa de natureza exploratória, uma observação etnográfica, procurou-se identificar quais as representações que prevalecem entre usuários e profissionais de saúde quanto aos princípios da Integralidade e Humanização no atendimento prestado pelo serviço de saúde. Buscou-se, ainda, caracterizar quais atividades são oferecidas/realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo que essa representa a 'porta de entrada', o primeiro acesso da população ao serviço.

Realizado em 2006, contou com a participação dos usuários e profissionais de uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) do bairro Amoras, no município de Viçosa-MG. A pesquisa incluiu a realização de entrevistas semiestruturadas e observação direta dos sujeitos envolvidos - 17 usuários e cinco profissionais. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, tendo sido aprovado (protocolo 034/2006).

As entrevistas - realizadas individualmente - foram gravadas, com posterior transcrição literal, sendo que, sempre antes de iniciá-las, foi solicitada autorização para realizar a gravação. A observação direta foi empregada durante o acompanhamento das visitas domiciliares junto aos profissionais e dos procedimentos realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na pesquisa, destacou-se que grande parte do trabalho realizado no 'posto de saúde' - como era caracterizada a Unidade de Saúde da Família (USF), pelos participantes - é voltado ao atendimento assistencialista, visando o tratamento e cura das doenças. A procura pelos serviços de saúde ocorre quando o quadro clínico já está estabelecido. Assim, o posto de saúde ocupa um espaço especial, responsável pelos atendimentos de urgência e emergência. Essa situação demonstra a necessidade de uma maior conscientização da população sobre a importância da prevenção aos

agravos em decorrência do custo mais caro do tratamento medicamentoso. É indispensável uma maior divulgação das atividades realizadas pela USF com ênfase na atenção primária, na prevenção e promoção da saúde.

O descontentamento em relação ao atendimento médico prestado no posto de saúde também foi relatado:

“(...) teve até um comentário que teve gente lá (no posto de saúde), brigando e xingando ela (médica), querendo que ela atendesse mais rápido (...).” (EMMP/ usuária/ 34 anos).

O problema centra-se no fato de serem poucas consultas realizadas para atender à população cuja demanda não era por prevenção e sim pelo tratamento de doenças já manifestadas. Segundo Boltanski¹⁸, os membros das classes populares julgam insuficiente o tempo dedicado ao exame médico e consideram o fato de dedicar tempo bastante ao doente é uma das qualidades mais importantes do médico.

Em relação a essa questão, Bosi¹⁹ lembra que a população pode e deve ter uma ‘conduta preventiva’, ou seja, buscar os serviços antes da ‘doença’ se mesmo na emergência e na dor o atendimento é muitas vezes impossível.

Um depoimento de um profissional de saúde referiu-se à formação acadêmica mais generalizada, desvinculando-a do modelo tradicional baseado na especialização, ressaltando o atendimento integral e a toda família.

“(...) a família inteira deve ser acompanhada, desde a criança até o idoso que tive na casa. né. O médico da família não tem uma especialidade, só dos rins, só da garganta (...). Ele tem que entendê de tudo um pouco. Ele tem que atende desde criança até o mais idoso. Aí, depois que ele vai encaminhar pra um específico.” (A/ ACS/ mulher/ 52 anos).

Essa questão pode, em parte, ser explicada pela inadequação do perfil profissional ao trabalho na atenção básica. Diferentes autores, a exemplo de Fagundes e Fróes Burnham²⁰ vêm constatando a necessidade de uma discussão mais global dos currículos da área da saúde, inerentes à prática profissional, incluindo-se, aí, a multiprofissionalidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, posto que estão diretamente relacionadas às formas de se conceber saúde e educação. É necessário articular conhecimentos de diversos campos de saber, superando a simples agregação de disciplinas na formação dos profissionais de forma a atender aos princípios do SUS e, conseqüentemente, da atenção básica à saúde.

Na USF de Amoras, não são realizados atendimentos de

emergência e urgência, consultas específicas e exames (somente o preventivo ginecológico). Nesses casos, o usuário deve procurar outras instituições, públicas ou particulares, em geral os hospitais ou a policlínica. A estrutura física, os equipamentos e a capacitação de recursos humanos da USF são indispensáveis para o atendimento de urgência/emergência. A Unidade de Amoras não oferece as condições necessárias que garantam bons resultados nesses eventos.

“Se acontece algum acidente aqui, tem que ir de qualquer jeito pro hospital, encaminhado pelo posto ou não. Porque o posto não tem condição de fazê. Porque o posto é um outro tipo de tratamento.” (BPS/ usuário/ 67 anos).

Além disso, a resolubilidade da atenção básica depende diretamente da disponibilidade de estrutura física e de materiais, de forma contínua para as equipes e da avaliação de encaminhamentos às especialidades e/ou a procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

De acordo com Sampaio e Lima²¹, a integração na rede de assistência à saúde é fundamental, garantindo o sistema de referência e contrarreferência. O gestor municipal deve desenvolver planos de ação estimulando todos os envolvidos (centrais de marcação de consultas especializadas, internações de apoio diagnóstico e terapêutico, maternidades) a cumprirem suas funções, alcançando, assim, os resultados desejáveis. Os autores afirmam, ainda, que essa fragmentação pode prejudicar o trabalho das USF se as famílias/usuários não utilizarem esse serviço como ‘porta de entrada’, acessando diretamente outros pontos do sistema, propiciando barreiras para os outros níveis da atenção e impedindo ou retardando o acesso a consultas especializadas, exames, internações e outros tratamentos, sobrecarregados com demandas inadequadas. Por outro lado, é papel fundamental da gestão local, por meio de mecanismos de regulação, garantir a continuidade desse cuidado para não romper a proposta da integralidade vertical do sistema de saúde.

De forma geral, os relatos apontam para a existência de uma relação profissional-usuário distanciada. O status adquirido pelo profissional diante do usuário é característico nesse tipo de relacionamento em que a detenção do conhecimento promove esta distância social relativa. Para os profissionais de saúde, sua posição carrega um papel de destaque diante do status que representam perante a comunidade. Essa atividade é repleta de representações que os diferenciam da maioria da população - e os destaca - cujo ‘poder’ está centrado no acesso direto aos serviços de saúde e na detenção de um saber técnico.

Boltanski¹⁸ afirma que é, nas próprias escolas primá-

rias, que os membros das classes populares aprendem que há um saber médico legítimo e que o respeito por essa ciência deve se manifestar pela consciência de sua própria ignorância, pela submissão aos detentores legítimos do conhecimento médico.

Esse distanciamento entre o médico e a população é claramente visível quando, para expressar e tratar das doenças, o 'diálogo' ocorre por meio de um código de linguagem fechado e específico próprio da biomedicina.²² De acordo com Boltanski¹⁸, as características propriamente técnicas e terapêuticas também contribuem nessa relação assimétrica e de dependência, em que um dos sujeitos - o doente - representa efetivamente o papel de objeto, submetido às manipulações físicas e morais do médico, obrigando aquele a reconhecer sua autoridade. É importante lembrar que os profissionais não lidam com a doença em si, mas com uma pessoa humana, um sujeito. Por isso devem estabelecer uma comunicação de consciência, penetrando e compreendendo o valor e o significado das queixas dos usuários.

Fernandes²³ afirma que os profissionais de saúde passam a ocupar um lugar de poder que os distingue do restante da população, o que gera, algumas vezes, conflitos pessoais e problemas. Ressalta-se, porém, que a integralidade da atenção e seus objetivos ficam prejudicados quando não se considera o usuário enquanto sujeito portador de direitos e, principalmente, de opções de vida.

Este distanciamento entre usuários e profissionais também foi citado por Nunes²⁴ em trabalho realizado com famílias atendidas pelo PSF, em áreas urbanas e rurais de cinco municípios do Estado da Bahia. Em sua pesquisa, concluiu que um primeiro aspecto que sobressai das falas dos agentes comunitários de saúde (ACS) é a nova responsabilidade que assumem ao compor a equipe de saúde da família, de dominar certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina. O autor observou que a formação que recebem lhes dá um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular que dispunham previamente, conferindo, assim, um prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade.

Segundo Wong Un²⁵, nesse processo, o profissional corre o risco de se considerar autossuficiente, superior e separado do outro lado da equação do encontro - os usuários - podendo gerar um impasse que afetaria o resultado dos processos coletivos de saúde, diminuindo as possibilidades de 'sucesso' das ações e a qualidade dos seus resultados e impactos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A demanda pelos serviços de saúde está historicamente relacionada à procura por soluções imediatas e eficientes. E essa concepção não será, rapidamente nem tão pouco facilmente, desvinculada, principalmente pela maioria da população, cujo acesso à informação é precário.

Por outro lado, não obstante a importância das ações de caráter preventivo, não se pode negligenciar a carência histórica de serviços na área da saúde imposta a determinados grupos populacionais, demandando, de forma crítica, inclusive, ações de caráter curativo/intervencionista.

Assim como Alvim e Ferreira²⁶ concluíram, torna-se indispensável uma mudança na forma de relacionamento entre profissional e paciente, ambos assumindo posição de sujeitos que fazem e refazem o mundo e não simplesmente reproduzem saberes e práticas científicas, frutos de um discurso monológico, concebido como verdadeiro e definitivo. Essa mudança de perspectiva no pensar e fazer saúde tem como consequência direta o estímulo à participação e ao exercício da cidadania e implica em uma proposta intervenção dialógica e que intermedeia práticas e saberes de diferentes 'origens'.

O presente trabalho possibilitou-nos ressaltar a importância desses dois pilares do SUS: a humanização, procurando respeitar e valorizar a participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar, e o princípio da integralidade, caracterizando-se pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto e busca apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos. A concepção do processo saúde-doença norteador por esses pilares, conduz à identificação dos problemas de saúde a partir do horizonte da população atendida, priorizando a relação interpessoal, o acolhimento entre os sujeitos e as habilidades de perceber as vulnerabilidades do indivíduo, nos cenários da família e da sociedade.

A compreensão e a prática desses dois princípios fundamentais à consolidação do SUS (integralidade e humanização nos serviços) nos permitem incorporar uma importante possibilidade que é o papel educativo das ações em saúde, principalmente se concebida e executada de forma participativa, dialógica e considerando práticas e saberes locais.

Agradecimentos

À equipe do PSF Amoras e à população adscrita pelo acolhimento e disponibilidade. À Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa e à Coordenação do PSF pela possibilidade de estudos em parceria. Ao CNPq pela concessão de apoio

financeiro (processo 401538/2006-0).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):569-84.
3. Mattos RA, organizador. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.
4. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol. MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
5. Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: “o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde”. São Paulo: Hucitec; 1993.
6. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(1):3-61.
7. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005; 9(16):39-52.
8. Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2004. p.11-28.
9. Backes DS, Lunardi FWD, Lunardi VL. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(3):427-34.
10. Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(1):80-8.
11. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12:7-30.
12. Traverso-Yépez M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicol Estud*. 2001; 6:49-56.
13. Helman CGH. Cultura, saúde & doença. Porto Alegre: Artmed; 2003.
14. Camargo-Borges C, Cardoso CL. A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicol Soc*. 2005; 17(2):26-32.
15. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):7-14.
16. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2004; 8(14):73-91.
17. L'Abbate S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacidade dos profissionais. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(Sup 2):15-27.
18. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal Editora; 1979.
19. Bosi MLM. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(4): 446-56.
20. Fagundes NC, Fróes Burnham T. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005; 9(16): 105-14.
21. Sampaio LFR, Lima PGA. Apoio ao Programa de Saúde da Família. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2002.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2008.
23. Fernandes JCL. Agentes de Saúde em Comunidades Urbanas. *Cad Saúde Pública*. 1992 abr/jun; 8(2):134-9.
24. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. Agente Comunitário de Saúde: personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública*. 2002 nov/dez; 18(6): 1639-46.
25. Wong Um JA. Visões de comunidade na saúde: comunidade, interexistência e experiência poética [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
26. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizada da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2007 abr /jun; 16(2):315-9.

Submissão: maio de 2011

Aprovação: setembro de 2011
