



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO

ELAINE OLIVEIRA SILVA

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

Salvador - BA
2008

ELAINE OLIVEIRA SILVA

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentado ao Departamento de Ciências da Vida/Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Msc. Marluce de Oliveira B. Meira

Salvador - BA
2008

FICHA CATALOGRÁFICA – Biblioteca Central da UNEB
Bibliotecária: Jacira Almeida Mendes – CRB: 5/592

Silva, Elaine Oliveira

Humanização da Assistência à Saúde: concepções de profissionais da estratégia Saúde da Família / Elaine Oliveira Silva. – Salvador, 2008.

62f.

Orientadora: Marluce de Oliveira B. Meira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Colegiado de Enfermagem. Campus I. 2008.

Contém referências e apêndices.

1. Humanização na saúde. 2. Programa de Saúde da Família(Brasil). 3. Medicina social. 4. Medicina familiar.

I. Meira, Marluce de Oliveira B. II. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida.

ELAINE OLIVEIRA SILVA

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: CONCEPÇÕES DE
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, apresentado ao Departamento de Ciências da Vida/Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito final para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Trabalho de Conclusão de Curso Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Msc. Marluce de Oliveira Brito Meira
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Examinadora 1: Msc. Joana Angélica Teles de Santana
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Examinadora 2: Msc. Cristina Campos dos Santos
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Aos **usuários** do SUS, que tive a oportunidade de “cuidar” ou prestar algum tipo de assistência, em aulas práticas do curso de Enfermagem, aprimorando meus conhecimentos no tocante as atividades de Enfermagem e que me fizeram perceber a verdadeira grandeza desta profissão.

A minha **família e amigos**, que sempre me apoiaram e que me ajudaram a não desistir frente ao primeiro obstáculo.

Aos profissionais competentes que tive a alegria de ter como docentes em aulas teóricas e/ou práticas do curso, os quais me auxiliaram na construção de novos conhecimentos e que foram um incentivo na caminhada para a conclusão deste curso, especialmente à **Marluce Meira, Rhanes da Hora, Mary Gomes, Ana Paula Chancharulo, Liliane Albuquerque, Cristina Campos, Telma Oliveira e Célia Regebe.**

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Mestra Marluce de Oliveira Brito Meira, pelos conselhos sempre úteis e precisos com que, sabiamente, orientou este trabalho.

À minha mãe Helena e meus irmãos Cilene e Jailton, pelo incentivo em todos os momentos.

À minha tia Ivonete, pelo apoio incondicional em todas as horas.

Aos meus verdadeiros e sinceros amigos, por estarem presentes em minha vida, por me apoiar nos momentos difíceis e se alegrar frente às minhas conquistas.

“Ao negar a dor do outro, o profissional de saúde não apenas nega a dor de seu semelhante como também a sua própria condição humana, pois dentre as virtudes humanas, uma das que mais nos diferencia das outras espécies é justamente aquela que nos capacita a compreender e apreender a dor do outro naqueles momentos onde a fragilidade humana deveria evocar uma outra virtude humana: a fraternidade”.

(Valdemar Augusto Angerami-Camon)

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa, relativo à Humanização da Assistência à Saúde, realizado em uma Unidade de Saúde da Família no município de Salvador – Bahia, cujos objetivos foram descrever como os profissionais de saúde conceituam a humanização e a estratégia do acolhimento na assistência à saúde; verificar a importância da humanização sob a ótica dos profissionais; identificar estratégias/ações utilizadas pelos profissionais de saúde na humanização da assistência; identificar condições favoráveis e/ou desfavoráveis para a implementação das ações de humanização. Os dados foram coletados através de um questionário aplicado a nove profissionais de saúde da unidade pesquisada, cuja idade variou de 28 a 48 anos e a jornada de trabalho era de 40 horas semanais. O instrumento foi composto por perguntas abertas que foram analisadas, tomando como referência a análise temática. Entre outros aspectos, os resultados da pesquisa apontam que os profissionais pesquisados demonstram pouco conhecimento a respeito de estratégias de humanização e atribuem como principais dificuldades para a sua implementação, a falta de valorização profissional, condições inadequadas de trabalho, entre outros. No que tange à categoria acolhimento, esta foi concebida de modo restrito pelos pesquisados. Recomenda-se a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização e a necessidade de se divulgar a Política Nacional de Humanização, implementada pelo Ministério da Saúde, junto aos profissionais que atuam na unidade pesquisada.

Palavras-chave: Profissionais de saúde; Humanização; Assistência à saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

It is a descriptive study with qualitative approach relative to the Humanization in Health Care, performed in a Family Health Unit in Salvador city of Bahia. The objectives are: to describe how the health workers consider the humanization and the reception strategy for the health care; to verify the importance of the humanization from the point of view of the professionals; to identify strategies/actions used by the health workers to humanize the health care; to identify the favorable and/or unfavorable conditions for the implementations of humanization actions. The data collections was obtained through a questionnaire applied to nine health workers from the health unit, whose age were between 28 to 48 and the time of work was 40 hours per week. The instrument was composed of open questions which were analyzed by a thematic analyze. Among other aspects, the outcomes of the study aim that the investigated professionals demonstrate poor knowledge concerning the humanization strategy and they attribute as main difficulties for the implementation the falling professional valorization, the inappropriate work conditions, among other things. About the reception category, it was designed in a restrict way by the studied workers. The foundation of a Humanization Work Group and the divulgation of National Humanization Policy which was performed by the Heath Ministry are recommended joint the professionals from this studied unit.

Keywords: Health workers; Humanization; Health care; Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	14
2.1 O ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	24
2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	28
3 METODOLOGIA	34
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	34
3.2 CAMPO DE OBSERVAÇÃO	35
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	36
3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	37
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	38
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	62

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços acumulados após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e, também de uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doenças, mas uma vida com qualidade e bem-estar biopsicossocial, hoje, ainda, há problemas para garantir aos usuários do SUS uma assistência à saúde de qualidade, de forma integral, universal e equânime.

Dentre os diversos problemas enfrentados pelo SUS destaca-se aqui, a prática de ações assistenciais ainda com enfoque curativo, que não valoriza o indivíduo de forma integral e principalmente a sua dimensão subjetiva (a individualidade que caracteriza todos nós seres humanos), o acolhimento inadequado, a deficiência no relacionamento interpessoal e no vínculo entre usuários e profissionais de saúde, e o baixo compromisso dos profissionais com a questão da resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários. (CASATE; CORRÊA, 2005).

Possivelmente esses problemas vêm contribuindo, de alguma forma, para que a assistência prestada aos usuários nos serviços públicos de saúde se tornasse cada vez mais desumanizada, ficando assim, a qualidade da mesma aquém das expectativas, necessidades e direitos dos indivíduos que buscam assistência médica no SUS.

Nesse sentido, a humanização da assistência à saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que, a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das atitudes e práticas cotidianas dos profissionais de saúde, com ênfase na criação de espaços de trabalho que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário do serviço de saúde. (CASATE; CORRÊA, 2005).

O presente estudo abordou a humanização da assistência à saúde, pois, acredita-se que a mesma ainda é um grande desafio para a saúde pública no Brasil, que vem sendo implementada no âmbito dos serviços do SUS através da Política Nacional de Humanização (PNH), uma proposta do Ministério da Saúde (MS). Ao propor “tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde”, reconhece-se a relevância da humanização e a

necessidade de mudança no setor saúde. (BRASIL, 2006a, p.9).

Adotou-se, neste estudo, o conceito de humanização proposto pelo Ministério da Saúde na PNH, no qual: “Humanizar é [...] ofertar um atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. (BRASIL, 2004, p.6).

É importante ressaltar que as concepções dos profissionais de saúde sobre a humanização podem definir ou justificar suas atitudes e práticas ao atender os usuários. Com base em Hoga (2004), pode-se inferir que a concepção que o profissional tem acerca da humanização é, de certa forma, influenciada pela dimensão subjetiva, que é própria de cada profissional, e que é também um componente vital para o processo de estabelecimento de relações interpessoais e vínculos com os usuários dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, é a dimensão subjetiva do profissional que vai determinar o tipo de relacionamento que o mesmo estabelece com o usuário. Vale ressaltar que, para um relacionamento interpessoal adequado, a comunicação entre ambos os sujeitos é extremamente relevante.

A partir dessa reflexão, percebe-se que o estabelecimento do vínculo é um dos componentes essenciais da humanização e a possibilidade deste vínculo ocorrer depende da competência do profissional em estabelecer relacionamento interpessoal adequado com o usuário.

Para Deslandes (2004) quando existe vínculo entre profissionais e usuários há também um comprometimento maior do profissional com a questão da resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários.

Acredita-se que o vínculo fortalece as relações entre profissionais e usuários do setor saúde com repercussões positivas para o acolhimento.

Entende-se o acolhimento como uma estratégia importante para a humanização, e a qualidade do mesmo vai depender da adequada atuação e da receptividade dos profissionais para com os usuários.

Adotou-se neste estudo o conceito de acolhimento, proposto pelo Ministério da Saúde e apresentado na PNH, definido como:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da

assistência, quando necessário. (BRASIL, 2006a, p.35).

Santos (1995); Joahansson *et al* (2002) *apud* Trad (2006), utilizam o termo usuário para designar o sujeito-cidadão que usa os serviços de saúde como um direito social.

Ratifica-se esta visão de usuário que se diferencia da noção de cliente, a qual reforça a idéia mercantilista da relação entre usuários e serviços de saúde. O termo denota aquele que usa o serviço de saúde e embora não pague diretamente por ele (mas sim indiretamente através de impostos), para ser denominado de cliente nos serviços públicos, tem os mesmos direitos do cliente que paga diretamente pelo serviço.

Adotou-se aqui, o uso do termo usuário, por acreditar ser este, realmente, mais adequado e abrangente para designar a população que utiliza os serviços do SUS, ao invés do termo cliente ou paciente. Usuário como sujeito de direitos, de singularidade subjetiva socialmente construída e com necessidades específicas.

Com base nas considerações apresentadas, estabeleceu-se o seguinte problema de pesquisa: Quais as concepções dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família acerca da humanização da assistência à saúde?

Para responder a este questionamento realizou-se uma pesquisa de campo, junto aos profissionais de saúde que atuam em uma Unidade de Saúde da Família localizada no município de Salvador – Bahia. E estabeleceram-se as seguintes questões norteadoras: Como os profissionais de saúde conceituam a humanização e a estratégia do acolhimento? Qual a importância da humanização sob a ótica dos profissionais? Que estratégias/ações estão sendo utilizadas pelos profissionais para humanizar a assistência? Existem condições favoráveis e/ou desfavoráveis para implementar as ações de humanização?

Com base no problema de pesquisa delimitado e nas questões norteadoras, estabeleceu-se como objetivo geral:

- Conhecer as concepções dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família sobre a humanização da assistência à saúde.

E como objetivos específicos:

- Descrever como os profissionais de saúde conceituam a humanização e a estratégia do acolhimento na assistência à saúde;
- Verificar a importância da humanização sob a ótica dos profissionais;

- Identificar estratégias/ações utilizadas pelos profissionais de saúde na humanização da assistência;
- Identificar condições favoráveis e/ou desfavoráveis para implementação das ações de humanização.

O interesse pela temática da humanização surgiu durante atividades práticas realizadas nos serviços do SUS, enquanto acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, nas quais, observou-se situações em que os usuários eram tratados de maneira inadequada por alguns profissionais de saúde (que atuam de forma desumanizada na relação com o usuário) ou eram submetidos a situações como longas filas para obter atendimento que, algumas vezes, não era acolhedor nem resolutivo. Observou-se, também, outras situações em que a conduta do profissional de saúde frente ao usuário do serviço era humanizada, acolhedora e que havia uma preocupação dos profissionais com a questão da resolutividade.

Dessa forma, após a adoção da humanização como política pública de saúde no Brasil, através da PNH, torna-se relevante conhecer as concepções dos profissionais de saúde em relação à humanização para saber a importância dada a esta política nos serviços do SUS e o conhecimento e/ou entendimento dos referidos profissionais, para devida implementação da política já citada.

Assim, a primeira parte deste estudo diz respeito ao tema da humanização da assistência à saúde, abordada de maneira introdutória, apresentou-se o problema de pesquisa, os objetivos da mesma e sua justificativa.

Na segunda parte, apresenta-se o referencial teórico com ênfase na humanização da assistência à saúde, abordou-se também, o acolhimento nas práticas de atenção à saúde e a estratégia Saúde da Família.

Na terceira parte, apresenta-se a metodologia empregada na realização desta pesquisa, enfatizando-se o tipo de estudo, o local e sujeitos participantes, o instrumento de coleta de dados, a forma de análise dos dados obtidos, além dos aspectos éticos.

Na quarta parte deste estudo, apresenta-se a análise e discussão dos dados a partir da transcrição dos dados empíricos obtidos dos sujeitos pesquisados.

Por fim, na quinta parte do estudo foram tecidas as considerações finais acerca do mesmo.

2 A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A humanização é uma estratégia fundamental, que consiste na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade. Tem como eixo estimular e promover reflexões e ações de humanização dos serviços de saúde, fundamentadas na ética e na cidadania. (DESLANDES, 2004).

É, também, vista como uma estratégia para proporcionar a sensibilização dos profissionais de saúde com o sofrimento humano, buscando uma visão holística do indivíduo, que necessita de cuidados de saúde, salientar a relevância da comunicação (trocas verbais e não verbais) entre profissional e o usuário visando, assim, um relacionamento interpessoal entre ambos. E isto, “[...] demanda dos profissionais de saúde a conversão de uma dimensão técnica do seu trabalho a uma dimensão relacional”. (FERREIRA, 2005, p.111).

Salienta-se, a necessidade do profissional de saúde reconhecer as dimensões técnica e relacional como inerentes a sua prática assistencial, pois o reconhecimento apenas da dimensão técnica em detrimento da dimensão relacional nas práticas assistenciais, possivelmente, favorece o distanciamento entre profissional e usuário, e afeta também, a humanização na assistência à saúde.

Autores como Hoga (2004); Deslandes (2004); Casate e Corrêa (2005); Trad (2006) entendem a humanização como a oferta de uma assistência à saúde de qualidade, de forma integral, com acolhimento apropriado em um ambiente de cuidado adequado e que valorize não só a subjetividade do indivíduo e suas necessidades individuais, mas também, os profissionais da área de saúde.

O termo “humanização” não tem significado homogêneo na área da saúde, de forma geral, se refere às questões éticas envolvidas no ato de cuidar da pessoa enferma, à melhoria das relações entre profissionais de saúde e usuários e às condições de trabalho dos profissionais. (GONÇALVES, 2007).

Por ser muito mais que um ato humanitário, a humanização requer uma reflexão acerca dos princípios e valores que regem a prática dos profissionais de saúde na busca de sua dimensão ética e relacional. “A construção de uma nova

práxis [...] norteada por princípios éticos e humanitários, desenvolve-se, basicamente, através do processo dialógico e reflexivo”. (BACKES *et al*, 2005, p.3).

Para possibilitar que o profissional de saúde seja agente e sujeito de mudança no contexto em que está inserido, é necessário que ele faça uma reflexão acerca da sua ação e seus princípios éticos. Pois, “quanto mais o profissional reflete sobre a sua realidade subjetiva, mais se torna consciente e capaz de intervir na realidade objetiva e, dessa forma, transforma-la”. (BACKES *et al*, 2005, p.2).

Nesse sentido, para que se possa avançar em relação às práticas desumanizadas e alcançar a meta da humanização do cuidado, os profissionais de saúde devem refletir criticamente sobre o seu modo de agir, seus princípios, valores e principalmente sobre o contexto no qual ele se insere como profissional.

Segundo Martins (2002, p.1), “a questão ética surge quando alguém se preocupa com as conseqüências que sua conduta tem sobre o outro”. Portanto, para haver ética e assistência humanizada é preciso perceber o outro. Dessa forma, para o autor, “assistência humanizada e ética caminham juntas”.

Concorda-se com o autor, pois quando o profissional de saúde percebe o usuário do serviço de saúde como cidadão, prestando-lhe uma assistência humanizada, está agindo com ética.

Deslandes (2006) afirma que o debate acerca da humanização dos cuidados em saúde não é uma espécie de modismo ou algo novo no campo da saúde. A autora considera como reflexão pioneira sobre a humanização o simpósio americano ocorrido em São Francisco, em 1972, intitulado *Humanizing Health Care* (Humanizando o Cuidado em Saúde), do qual derivou uma publicação com a mesma denominação. Um dos esforços desse encontro e da publicação citada foi o de conceituar ou no mínimo identificar o que seria a humanização ou desumanização do cuidado em saúde e as possíveis maneiras de implementar cuidados humanizados.

No referido encontro, já se discutia o papel de alguns fatores de desumanização do cuidado em saúde relacionando-os: à relação médico-paciente; à formação médica; à comunicação e acesso a informação no processo terapêutico; às relações hierárquicas e de poder na produção de cuidado; aos fatores psicológicos e subjetivos envolvidos. (DESLANDES, 2006).

Nas décadas de 60 e 70, foram feitas críticas em relação ao paciente como objeto de intervenção médica e algumas tentativas para humanizar a assistência,

tratando o indivíduo como um todo, incluindo aspectos biopsicossociais e espirituais. (WALDOW, 1998).

Nesse sentido, ressalta-se que no início da década de 70, alguns estudos já agregavam em seus modelos descritivos ou explicativos sobre humanização, vários fatores de ordem estrutural, tais como “a lógica da formação profissional na área biomédica, a organização dos serviços, as estruturas de hierarquia social e da provisão de cuidados” e fatores de ordem interacional como “as relações de conflito, cooperação e subordinação entre profissionais e pacientes”. (DESLANDES, 2006, p.34).

No Brasil, entre os anos 1999 e 2002, além do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), que o Ministério da Saúde lançou em 2000, iniciando suas ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização, voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e ao profissional de saúde, algumas outras ações e Programas foram propostos pelo MS voltados para o campo da humanização e impulsionado pelo debate sobre a busca da qualidade na atenção ao usuário.

Pode-se citar: o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000); o Programa de Acreditação Hospitalar (2001); dentre outros.

Segundo Benevides e Passos (2005), ainda que a palavra humanização não apareça em todos os Programas e ações supracitados e que haja diferentes intenções e focos entre eles, pode-se acompanhar uma tênue relação que vai se estabelecendo entre humanização/qualidade na atenção/satisfação do usuário.

Ressalta-se que a questão da melhoria das relações entre profissionais de saúde e usuários constituiu um dos enfoques principais do PNHAH, e também, está referida nas políticas posteriores do MS, que pautam a relação profissional e usuário pelo princípio da cidadania.

Para Benevides e Passos (2005, p.389), “tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns

trabalhadores e, no mínimo, secundarizada (quando não banalizada) pela maioria dos gestores e dos profissionais”.

Por outro lado, os críticos das propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, na maioria das vezes, a alterações que não chegavam, efetivamente, a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos. (DESLANDES, 2006).

Ainda que o debate acerca do tema da humanização já estivesse presente, de forma significativa, desde a 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2001, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, foi impulsionado em 2003 devido à implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão na Saúde (PNH) pelo Ministério da Saúde.

A PNH foi instituída como uma política pública com o propósito de promover a integralidade das ações de saúde no âmbito da atenção e gestão de forma indissociável, favorecer a universalidade do atendimento e o aumento da equidade, por meio da utilização de novas tecnologias e especializações de saberes. (BRASIL, 2004a).

Nesse contexto, a humanização passa a ser foco de uma política de saúde que está voltada para qualidade assistencial em todas as instituições de saúde do SUS.

Ao almejar uma assistência capaz de promover ao usuário acolhimento e resolutividade, a PNH invoca, também, a idéia de um novo modelo assistencial capaz de valorizar como sujeitos, os diferentes atores envolvidos no processo de produção de cuidados em saúde. (MINAYO, 2006).

Segundo Gonçalves (2007, p.17), as políticas de humanização incidem diretamente nas relações que se estabelecem nos serviços do sistema de saúde, “entre os diversos atores que compõem o SUS – usuários, trabalhadores da saúde, gestores públicos – e na produção e oferta dos serviços de saúde”.

Diante do contexto atual brasileiro, a humanização da assistência à saúde tornou-se uma necessidade e demanda crescente, que:

[...] emerge em uma realidade em que os usuários dos serviços de saúde se queixam dos maus tratos de que são vítimas, a mídia denuncia aspectos negativos dos atendimentos prestados à população e as publicações científicas comprovam a veracidade de muitos destes fatos. (HOGA, 2004, p.14).

Os usuários do SUS estão reclamando, com maior intensidade, pelos seus direitos e a mídia tem aberto espaço para diversas denúncias relacionada à prestação de serviços públicos de saúde. Entretanto, a mídia enquanto formadora de opinião é muitas vezes manipulada pelas forças dominantes (poder político, poder econômico e elites sociais detentoras de meios de comunicação) que insistem em não divulgar aspectos negativos que ocorrem no âmbito da prestação da atenção no SUS. Dessa forma, muitos dos problemas não chegam a ser divulgados devido à dominação e manipulação dos meios de informação.

A humanização tem sido enfatizada nos serviços públicos de saúde, por ser este setor o que demanda, no contexto atual, uma maior necessidade devido à insatisfação dos usuários diante de práticas assistenciais desumanizadas.

Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaços nos hospitais [e nos serviços de Atenção Básica], a falta de medicamentos, etc. (BRASIL, 2001a, p.5).

Isto não significa que o usuário não valorize aspectos como o ambiente de prestação da assistência, o número suficiente de profissionais, a disponibilidade de medicamentos, entre outros. Mas sim, que eles dão maior valor a forma como são tratados, isto é, a forma de atendimento dos profissionais de saúde, por ser considerado um aspecto que depende da vontade do profissional em fazê-lo. Os outros aspectos citados são, geralmente, relacionados ao poder público e não aos funcionários dos serviços de saúde.

Para Casate e Corrêa (2005, p.2): “A humanização se faz necessária considerando que nos serviços de saúde há situações desumanizantes”. E muitos dos aspectos “desumanizantes” estão relacionados a falhas no atendimento ao usuário e às condições de trabalho dos profissionais, como as longas esperas, o adiamento de consultas e exames, deficiência de instalações e equipamentos, estrutura física inadequada, entre outros. As autoras enfatizam, também, outros aspectos “desumanizantes” como: à relação com o usuário como o anonimato, a despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, falta de preparo psicológico e de informação, bem como, a falta de ética de alguns profissionais.

A prestação da atenção é um dos pontos mais críticos do sistema de serviços de saúde no Brasil e se tornou alvo principal das políticas públicas de saúde, para

tentar solucionar os problemas identificados e que afetam a qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Desta forma, a humanização ganhou destaque como uma possibilidade de se garantir uma assistência de qualidade aos usuários do SUS.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresentava como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.563).

A PNH, que é o foco norteador das principais discussões acerca dos aspectos referentes à humanização, tornou-se uma das políticas prioritárias do setor saúde na tentativa de se humanizar a assistência no âmbito do SUS, dada a demanda e necessidade crescente de mudanças na forma como a assistência à saúde vem sendo prestada no país.

Através da implementação da PNH, o Ministério da Saúde pretende:

[...] alcançar resultados englobando as seguintes direções: Serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo [...]; As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos [...]; Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde. (BRASIL, 2006a, p.18).

A humanização da assistência parte do princípio de que para melhorar qualidade da assistência não basta apenas investir em equipamentos e tecnologias. O tratamento torna-se mais eficaz quando a pessoa é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde.

Acredita-se, que a proposta da PNH é de extrema relevância e seus propósitos envolvem uma gama de aspectos que necessitam de intervenção para propiciar futuras mudanças.

No discurso oficial do MS sobre a humanização no contexto do SUS, tem-se humanização como valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; estabelecimento de vínculos solidários; identificação das necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos,

a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2006a).

Salienta-se que algumas estratégias e dispositivos, tais como o acolhimento e o Grupo de trabalho de Humanização, facilitam a implementação da PNH no âmbito dos serviços de saúde.

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo que tem como objetivo intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade de produção de saúde para todos os usuários, trabalhadores e gestores de unidades de saúde do SUS. (BRASIL, 2006b).

O GTH pode ser implementado em qualquer instância do SUS e deve ser constituído por diversas pessoas que estejam interessadas em melhorar a qualidade do serviço prestado.

Todos podem participar desses grupos: trabalhadores de saúde, técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e usuários, ou seja, todos aqueles que estejam implicados na construção de propostas para promover as ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS. (BRASIL, 2006b, p.6).

A construção de um grupo de trabalho institui um processo de reflexão coletiva do cotidiano de trabalho, dentro de um espaço onde todos tenham o mesmo direito de dizer o que pensam, criticar, sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços de saúde. (BRASIL, 2006b).

Espera-se com um GTH, propostas para melhorar a qualidade do atendimento e do acolhimento, diminuir o tempo de espera, a resolução de problemas das áreas de apoio, aumentar a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão, e para aumentar o grau de satisfação de trabalhadores e usuários. (BRASIL, 2006b).

Para Casate e Corrêa (2005), existem diferenças significativas no enfoque da humanização vinculado à produção científica entre as décadas de 50 e 80 e o enfoque da década de 90. Segundo as autoras, a temática da humanização vem se configurando desde uma concepção caritativa até a concepção atual como a valorização da saúde como direito do cidadão.

Pois, entendia-se, a humanização numa perspectiva caritativa, na qual o usuário era visto como um ser frágil, vulnerável e dependente que despertava a

iedade dos profissionais de saúde. Daí ressaltava-se a valorização de algumas características nestes profissionais tais como doçura, compaixão e espírito de caridade.

Em contrapartida, a concepção de humanização da década de 90 enfoca a valorização dos sujeitos, de relações dialógicas e de trocas solidárias. Nessa perspectiva, a humanização não pode prescindir do estabelecimento de relações saudáveis e responsáveis entre sujeitos que compartilham saber, poder, experiências de vida e o compromisso ético.

Dessa forma, há uma valorização do usuário dos serviços de saúde como um sujeito autônomo, participante e com poder de decisão sobre seu cuidado caracterizando a humanização como um direito do cidadão.

Para Trad (2006), o debate acerca da humanização em saúde tem suas múltiplas facetas, e uma delas é a valorização da atenção centrada no usuário.

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um 'favor', portanto, e não um direito à saúde.(BRASIL, 2004, p.6).

Deve-se prestar uma assistência humanizada ao usuário por uma questão ética profissional e de cidadania, e não por bondade ou favor, uma vez que esta é um direito do usuário enquanto cidadão.

Acredita-se, que muitos dos problemas no SUS são o resultado do baixo investimento na formação de recursos humanos qualificados e capacitados, para atuar nos serviços públicos de saúde. Há, portanto, uma necessidade de:

[...] investir no trabalhador para a construção de uma assistência humana, considerando, inclusive, as condições adversas de trabalho apontadas como fatores 'desumanizantes', tais como baixos salários, número insuficiente de pessoal, sobrecarga de atividades, jornada dupla/tripla de trabalho. (CASATE; CORREA, 2005, p.10).

Cabe salientar que, em alguns casos, a sobrecarga de trabalho somada à condições inadequadas para um bom exercício profissional, corroboram para que o profissional preste assistência mecanizada, tecnicista e não reflexiva, esquecendo-se de humanizar o cuidado ou deixando-o em segundo plano.

Para que os profissionais de saúde possam prestar uma assistência de qualidade e humanizada, faz-se necessário que o mesmo tenha sua dignidade e

condição humana respeitada, recebendo uma remuneração justa, com condições adequadas de trabalho, tendo também, seu trabalho reconhecido e valorizado. (BACKES *et al*, 2006).

Martins (2002, p.3) salienta a necessidade de:

Contratação de profissionais suficientes para atender à demanda da população; aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares; abertura de novos serviços, melhoria dos salários, das condições de trabalho e da imagem do serviço público de saúde junto à população são outros objetivos a serem buscados para a melhoria da assistência.

Entretanto, acredita-se que melhor condição de trabalho, muitas vezes, não implica, necessariamente, que os profissionais de saúde irão prestar uma assistência humanizada. Muitos profissionais atuam de maneira desumanizada na relação com o usuário, mesmo tendo condições, salário e ambiente de trabalho adequado. Portanto, há também, de se considerar os fatores relacionados à subjetividade dos profissionais e o seu preparo para estabelecer relações interpessoais adequadas.

Hoga (2004, p.14) enfatiza que:

[...] a dimensão subjetiva do profissional provoca impacto sobre forma como se dá a relação entre profissionais e usuários do setor saúde. O estabelecimento adequado desta relação é, portanto, relevante para a humanização da assistência à saúde.

Nesse sentido, a relação humanizada entre profissional e usuário, depende também, da dimensão subjetiva do profissional e não apenas das condições adequadas de trabalho.

Segundo Hoga (2004), a humanização depende diretamente do adequado preparo dos profissionais de saúde no âmbito das relações humanas. É fundamental, que a equipe de saúde incorpore o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais da tarefa assistencial.

Salienta-se a importância do relacionamento interpessoal na assistência à saúde, que merece maior atenção devido à sua complexidade, já que lidamos com relação entre pessoas, cada uma com suas características e personalidades diferentes. O relacionamento com o outro implica, necessariamente, na utilização da comunicação. E, muitas vezes, os profissionais de saúde são avaliados, pelos usuários, pela forma como ele se comunica através da linguagem, e não apenas por sua competência técnica. (SILVA, 2002).

A comunicação se insere no contexto da humanização por poder possibilitar ou não a aproximação entre profissionais e usuários. A maneira como o profissional se comunica com o usuário, através da linguagem verbal (palavras) e não-verbal (gestos e ações) determina a forma como se estabelece o relacionamento entre os mesmos. O profissional necessita ter um diálogo adequado com os usuários para criar empatia e favorecer o conhecimento sobre as reais necessidades do mesmo, além de criar ou consolidar os vínculos.

A humanização deve ser vista como um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde, capaz de conciliar a tecnologia disponível com acolhimento, respeito ético e cultural ao paciente, além de espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários. (DELANDES, 2004).

Tal proposta requer que a sensibilização dos profissionais, a valorização da subjetividade dos sujeitos, tanto profissionais como usuários, para que estes possam reconhecer e respeitar a singularidade e a individualidade como características inerentes ao ser humano.

Como humanos podemos constituir ações 'humanizantes' que consideram o outro em seus direitos, em sua singularidade e integralidade; enfim, em sua dignidade e, ao mesmo tempo, somos capazes também de constituir ações 'desumanizantes' que 'coisificam' o outro ou nós mesmos. (CASATE; CORREA, 2005, p.11).

Nesse sentido, os profissionais de saúde podem realizar ações humanizadas na relação com os usuários dos serviços de saúde, desde que considerem o mesmo em sua individualidade e subjetividade.

Pode-se, por exemplo, personalizar a assistência com ações como: chamar o usuário pelo nome, olhá-lo no rosto quando estiver falando, escutar suas falas e até mesmo, usando uma linguagem simples, que seja passível de entendimento e não uma linguagem técnica que dificulta o entendimento por parte do usuário e compromete, dessa forma, a comunicação. (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Segundo Trad (2006) há a constatação de que, no processo de construção do SUS no Brasil, só recentemente foi dado ênfase para redefinições das práticas de saúde e das relações sociais no interior do sistema. Neste contexto, a discussão em torno do resgate da ética no cuidado e da valorização das dimensões relacionais e subjetivas das práticas de saúde, encontra na noção de humanização uma espécie

de conceito agregador.

Assim, salienta-se a relevância da humanização para possibilitar aos usuários do SUS uma assistência de qualidade, que atenda as expectativas e necessidades dos mesmos, e também, a importância dos profissionais de saúde como sujeitos capazes de concretizar ações que propiciem a humanização.

2.1 O ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Segundo Ferreira (1975) acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir.

É importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento. (BRASIL, 2006c, p.27).

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação com o outro e de inclusão, isso implica, por sua vez, estar em relação com alguém.

É exatamente nesse sentido que se pretende “afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância **ética/estética/política** da Política Nacional de Humanização do SUS”. (BRASIL, 2006c, p.6, grifo nosso).

Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; **estética** porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; **política** porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste ‘estar com’, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (BRASIL, 2006c, p.6-7, grifo nosso).

A idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma vasta experiência em diversos serviços de saúde do SUS, mas é relevante salientar que em alguns desses serviços o acolhimento é visto de maneira restrita ou até errônea.

Uma vez que, algumas dessas experiências concebem o acolhimento como uma atitude voluntária de bondade e favor por parte dos profissionais. (BRASIL, 2006c).

Discorda-se de concepções atribuídas ao acolhimento que se assemelhem a concepção supracitada, pois se deve acolher o usuário adequadamente por uma questão de responsabilidade ética e profissional.

A concepção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada: “ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.” (BRASIL, 2006c, p.13).

Ambas as concepções anteriormente citadas, têm sua relevância quando tomada de forma complementar e não isoladamente. Pois, dessa forma, se restringem a uma ação isolada, além de descomprometida com o processo de responsabilização e vínculo. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde. (BRASIL, 2006c).

Devido às diversas definições restritas atribuídas ao acolhimento, muitos serviços de saúde:

[...] convivem com filas ‘madrugadoras’ na porta, disputando sem critério algum, exceto à hora de chegada, algumas vagas na manhã. É preciso salientar que tais serviços atendem principalmente os ‘mais fortes’ e não os que mais necessitam de assistência; [...] atendem pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravamento do problema, rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde. (BRASIL, 2006c, p.14).

Considera-se que, no contexto dos serviços do SUS, o acolhimento deve ser entendido como uma estratégia de humanização fundamentada na ética e na cidadania, para promover mudanças no processo de trabalho visando ampliar o acesso à assistência integral, agregando resolutividade na assistência prestada, promovendo vínculo e responsabilização com os usuários.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de ‘abrigar e agasalhar’ outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. (BRASIL, 2006c, p.19).

Percebe-se, que muitos profissionais confundem o acolhimento ao usuário com a triagem na recepção do serviço de saúde e dessa forma dão um sentido restrito e equivocado ao mesmo. Para superar tal situação é preciso informar e sensibilizar os profissionais acerca do real significado do acolhimento e que o mesmo deverá ser realizado em todos os momentos do atendimento ao usuário por qualquer profissional da equipe de saúde.

Há uma tendência “a tratar o acolhimento como uma atividade (de recepção nos serviços) desempenhada por um profissional particular num espaço específico”, entretanto, propõe-se que o mesmo seja “**um acolhimento dialogado**, isto é, como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento” (TEIXEIRA, 2005, p.592, grifo do autor).

Desta forma, o diálogo tem a função de possibilitar o conhecimento das necessidades do usuário para que o profissional possa buscar modos adequados de satisfazer estas necessidades. A comunicação entre profissionais e usuários é extremamente relevante para humanização, ela se estabelece a partir do diálogo e pressupõe uma relação entre os sujeitos citados.

O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações profissional/profissional/ usuário, considerando parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Em função disso, o padrão de acolhida aos cidadãos usuários e aos cidadãos trabalhadores da saúde, nos serviços de saúde, é um dos desafios no percurso de construção do SUS. (BRASIL, 2006c).

Apesar dos avanços e das conquistas do SUS, nos seus dezessete anos de existência, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública. “Várias pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas.” (BRASIL, 2006c, p.10).

Nessa perspectiva, o acolhimento como prática nas ações assistenciais nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços de saúde.

Para Franco *et al* (1999) *apud* Gomes e Pinheiro (2005), o acolhimento enquanto diretriz operacional propõe inverter a lógica da organização e do

funcionamento do serviço de saúde no sentido que este seja organizado de forma usuário-centrado. Para tal fim, os autores partem dos seguintes princípios:

1 Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal [...]. 2 Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3 Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (FRANCO *et al*, 1999, p.347 *apud* GOMES; PINHEIRO, 2005, p.291).

Os mesmos autores apontam o acolhimento como dispositivo para o processo de construção de relações nas práticas de saúde, buscando assim, a produção da responsabilização e a intervenção resolutiva, reconhecendo deste modo, que sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização.

Nesse sentido, entende-se o acolhimento como uma proposta de serviço de assistência à saúde centrado no usuário e organizado de forma a atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, e que vise à organização do processo de trabalho tendo como foco a equipe multiprofissional de acolhimento que deve estar comprometida com a escuta ao usuário e a resolutividade do seu problema de saúde.

Portanto, faz-se necessário qualificar a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário do serviço, para que a mesma ocorra sob parâmetros humanitários, de cidadania, ética e solidariedade. E ainda, ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde em relação à “atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade”. (BRASIL, 2006c, p.30). Visando assim, o reconhecimento e a atuação destes profissionais em problemas de saúde relevante para a saúde pública.

A estratégia de acolhimento implica uma postura acolhedora por parte do profissional, e isto significa estar atento às diversidades cultural, racial e étnica. E também, uma recepção com escuta qualificada por profissionais da equipe de saúde para atender a demanda que chega ao serviço, visando identificar risco e vulnerabilidade no adoecer e assim orientar, decidir e priorizar os encaminhamentos necessários para resolução do problema do usuário.

Para Martins (2002), estudos mostram que a relação profissional-usuário é considerada relevante no processo de adesão ao tratamento. Muitos problemas dos usuários podem ser resolvidos ou atenuados quando estes se sentem compreendidos e respeitados pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, a falta de acolhimento e/ou de reconhecimento sobre aspectos emocionais e subjetivos do usuário, pode conduzir ao abandono ou a rejeição ao tratamento. Nesses casos, os usuários poderão buscar caminhos alternativos de cura ou reabilitação, que ofereçam maior receptividade e compreensão.

É claro que a não adesão envolve, além da relação do paciente com o profissional, fatores relacionados aos pacientes (idade [...] contexto familiar, escolaridade, auto-estima, crenças, hábitos de vida), às doenças (cronicidade, ausência de sintomas), aos tratamentos (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera, tempo de atendimento). (MARTINS, 2002, p.2).

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde dos usuários, que procuram a unidade de saúde, pressupõe que o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas do usuário, buscando identificar os riscos e a vulnerabilidade sem deixar de acolher também a avaliação do próprio usuário, além de se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. (BRASIL, 2006c). Isto pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade de saúde, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe de saúde.

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Com o intuito de situar o leitor no que diz respeito ao conteúdo deste trabalho, buscou-se abordar, também, aspectos relativos à estratégia Saúde da Família. Esta foi implantada como Programa Saúde Família (PSF) em 1994, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de:

[...] colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização, implementando os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária [...]. O PSF prioriza as ações de proteção, promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. (BRASIL, 1997, p.10-11).

Sendo assim, a proposta do PSF é seguir os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo uma assistência integral à família. Além de ser também, uma forma de reorganizar a Atenção Básica em conformidade com os princípios do SUS. (BRASIL, 1997).

Vê-se na estratégia do PSF um espaço de construção da mudança no modelo assistencial ou mudança das práticas de saúde. Uma vez que a proposta do PSF é centrar a atenção na saúde e não na doença, através de uma oferta organizada com ênfase na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito integrado à família e à comunidade.

Nesse sentido, as ações devem ser promovidas de forma intersetorial e interdisciplinar, com equipe multiprofissional voltada para a humanização do atendimento através do vínculo entre os profissionais e a população. Também tem o objetivo de fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e estimular a organização e participação popular. (BRASIL, 1997).

A partir de 1998, o PSF é concebido pelo conjunto dos atores institucionais (em âmbito nacional, estadual e municipal) como importante norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, ganhando *status* de estratégia de reorientação assistencial, ou seja, de mudança do modelo assistencial vigente. (SOUZA, 2001 *apud* GOMES; PINHEIRO, 2005).

A estratégia Saúde da Família trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da equipe de Saúde da Família é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade.

Existem recomendações e critérios para definir a população atendida por uma equipe de Saúde da Família. Por esses critérios, cada equipe é responsável por um número determinado de famílias.

Recomenda-se que cada equipe de Saúde da Família acompanhe entre 600 e 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. A área de abrangência é definida segundo a lógica da vigilância da saúde, onde residem de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes por equipe. Dentro de cada área temos as microáreas, onde atuam os Agentes Comunitários de Saúde em integração com as famílias e indivíduos. (BRASIL, 1997).

A unidade ou equipe de Saúde da Família deve atender nas especialidades básicas com vistas às atividades de promoção, proteção e recuperação no nível primário da atenção, sendo a porta de entrada do serviço, assegurando a referência e contra-referência para os outros serviços. (BRASIL, 1997).

A organização das ações da estratégia Saúde da Família se inicia com o mapeamento que é a definição da área territorial, passando para o cadastramento das famílias através de visitas domiciliares. Neste momento, são identificados os membros da família, condição sócio-econômica, morbidade referida, condições de moradia, saneamento básico e condições ambientais do local onde residem.

Os dados levantados favorecem a análise da situação de saúde local e de seus determinantes para a realização do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS). O planejamento deve incluir ações intersetoriais, educação em saúde e controle social. O atendimento deve ser planejado para ocorrer na unidade, no domicílio ou a grupos. A unidade deve estar preparada ou adequar-se para a oferta organizada dos serviços e o atendimento das demandas espontâneas, atuando com sistema de referência e contra-referência em conformidade com o princípio da integralidade do SUS. (BRASIL, 1997).

A Vigilância da Saúde é um modelo assistencial alternativo preconizado pelo Ministério da Saúde como sendo o mais próximo de concretizar os princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS. Está, portanto, voltado para a qualidade, equidade, efetividade e necessidades prioritárias da população, desde que seja desenvolvido a partir de problemas concretos, em territórios determinados e numa perspectiva intersetorial. (TEIXEIRA; COSTA, 2003).

A Vigilância da Saúde é o modelo orientador da estratégia Saúde da Família. Como afirma Paim (2006), tal modelo enfatiza o envolvimento do indivíduo e da comunidade como sujeitos do processo saúde-doença principalmente no que tange à definição de problemas e prioridades e na obtenção de recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade.

A estratégia Saúde da Família completa 14 anos em 2008. No decorrer desse tempo, verifica-se que a sua disseminação proporcionou a implantação de um grande número de equipes no país. O Programa de Expansão da Saúde da Família (Proesf), lançado em 2003, tornou-se fundamental para expandir a rede da Atenção Básica nos municípios.

Segundo dados atuais do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do Ministério da Saúde, no ano de 2006, têm-se 26.729 equipes de Saúde da Família (ESF) atuando em 5.106 municípios, 91,8% do total de 5.564 municípios do Brasil, com uma população total de 85.734.139 habitantes acompanhados pelas ESF. De acordo com dados do IBGE, a população do Brasil estimada no ano de 2006 é de 185.619.807 pessoas, destas 46,2% são acompanhadas por ESF, o que corresponde a 85,7 milhões de pessoas.

Diante dessa realidade, salienta-se o constante desafio de qualificação dos profissionais de saúde para atuar na estratégia Saúde da Família, o qual tem garantido a sua consolidação, e que certamente, vem mudando o rumo da Atenção Básica no país.

Cabe ressaltar, que alguns fatores dificultam a implantação da estratégia Saúde da Família nas áreas metropolitanas, como por exemplo: falta de financiamento; despreparo e qualificação insuficiente dos profissionais para atuar na estratégia; formato padrão/rígido para composição das equipes sem respeitar as particularidades locais; insuficiência de mecanismos de relação da estratégia com outros serviços (referência e conta-referência); precariedades das redes ambulatoriais e hospitalares; dinâmica urbana complexa; violência urbana; tráfico de drogas e armas; dificuldade da interação de novos saberes e de novas práticas para ações coletivas, entre outros. (GOMES; PINHEIRO, 2005).

A estratégia Saúde da Família destaca-se quando se pensa no princípio constitucional da integralidade para construção das práticas assistenciais, pois na mesma, tem-se a oportunidade de construir práticas assistenciais de qualidade no cuidado à população, com base na continuidade da atenção horizontalizada, com humanização, com vínculo (isto sob o ponto de vista de potencialidades), fortalecendo a relação e os vínculos entre profissionais de saúde e usuários.

E ainda, permite a articulação entre promoção, prevenção, cura e reabilitação a partir da equipe multiprofissional. Pode-se também, articular intervenções de Saúde Coletiva com as intervenções da assistência individual, tanto no ambiente/território quanto no indivíduo ou no conjunto populacional que existe naquele território, e também, na individualidade da assistência a cada paciente.

A referida estratégia possibilita condições melhores para permitir o acesso a diversos níveis de atenção à saúde a partir de uma Atenção Básica resolutiva. E ao ter como referência central o território e a noção de Vigilância em Saúde permite

identificar problemas e construir respostas para além do setor saúde, isto pensando em intervenções intersetoriais.

Um dos principais motivos para a estratégia Saúde da Família apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica, está no fato de a mesma buscar, em seus objetivos e suas metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família. (PINHEIRO, 2001 *apud* GOMES; PINHEIRO, 2005).

Segundo Gomes e Pinheiro (2005), vêm sendo identificados, no âmbito do SUS, avanços importantes na reorganização de serviços de atenção à saúde que apontam o acolhimento e o vínculo como diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS – especialmente a integralidade, universalidade e equidade em saúde.

Nesse sentido, "a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema". (PINHEIRO, 2002, p.15 *apud* GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 289).

Há uma constatação de insatisfação dos usuários frente às dificuldades que enfrentam no acesso ao serviço de saúde, muitas vezes, com desrespeito morais ou até mesmo físicos. Ou ainda, a impossibilidade de acesso a um tratamento de saúde ou serviço de Média e Alta complexidade, que o usuário deveria receber por direito e que a unidade de saúde não disponibiliza, nem encaminha o usuário a uma unidade de referência, ferindo, dessa forma, o princípio da integralidade.

Destaca-se, que há grandes desafios para garantir a integralidade como direito a serviços no sistema de saúde brasileiro. Ao tratar de integralidade, não há como não tratar, também, de universalidade, outro princípio constitucional do SUS. Daí pensa-se logo na garantia do direito ao acesso, pois a materialização da universalidade está no acesso. No âmbito do SUS, universalidade significa acesso às ações e serviços de saúde com qualidade, adequado às necessidades específicas dos usuários e de caráter resolutivo. (PAIM, 2006).

Em documentos institucionais produzidos pelo Ministério da Saúde que descrevem os objetivos do PSF destacam-se: a definição de responsabilidades entre serviços e população, a humanização das práticas da saúde, o estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população, o estímulo à organização da

comunidade para o exercício do controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania. (BRASIL, 1997).

Acredita-se que um dos grandes avanços alcançados no caminho para a consolidação do SUS foi a transformação do PSF em uma estratégia de organização da Atenção Básica, o que necessariamente, implica a articulação da Atenção Básica com a Média e Alta Complexidade, buscando não só a ampliação e melhoria do acesso à rede pública de saúde, mas também, uma mudança no modelo assistencial, envolvendo a integração de políticas estratégicas, como por exemplo, a PNH, aumentando assim a resolutividade dos serviços do SUS.

Fez-se aqui, uma reflexão crítica positiva da estratégia Saúde da Família como um espaço de construção da mudança no modelo assistencial ou mudança das práticas de saúde. Tais práticas devem estar relacionadas às políticas de humanização e acolhimento ao usuário no serviço.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2002, p.42) “pesquisas descritivas têm como objetivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenômeno [...] são incluídas nesse grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população”.

Considera-se que estudos dessa natureza são importantes no sentido de conhecer como os profissionais de saúde, sujeitos desta pesquisa, concebem a humanização da assistência à saúde e sua relevância.

Acerca da abordagem qualitativa, Marconi e Lakatos (2002, p. 75) afirmam que:

As pesquisas que se utilizam da abordagem qualitativa possuem a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

O delineamento adotado para a pesquisa foi o estudo de caso, pois o mesmo é muito útil para estudos de opiniões, uma vez que, nesta pesquisa foi realizado um questionamento direto aos profissionais de saúde que atuam na estratégia Saúde da Família cuja opinião acerca da humanização se deseja conhecer.

Segundo Gil (2002, p.55):

[...] os propósitos do estudo de caso não são os de proporcionar o conhecimento preciso das características de uma população, mas sim o de proporcionar uma visão global do problema ou de identificar possíveis fatores que influenciam ou são por ele influenciados. (GIL, 2002, p.55).

Tendo em vista que o objetivo geral deste estudo foi conhecer as concepções dos profissionais de saúde sobre a humanização da assistência, torna-se evidente a

escolha do tipo de estudo e delineamento visando proporcionar o alcance do objetivo do estudo.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram utilizadas fontes de dados primárias (relatos dos sujeitos da pesquisa) e secundárias (legislação vigente sobre a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS e a estratégia Saúde da Família, além de artigos científicos e livros).

3.2 CAMPO DE OBSERVAÇÃO

O campo adotado para a realização desta pesquisa foi uma Unidade de Saúde da Família situada em um bairro periférico do município de Salvador – Bahia/Brasil. A referida USF pertence ao Distrito Sanitário de Pau da Lima, foi inaugurada em 31 de dezembro de 2004, sendo que quatro equipes de Saúde da Família compõem o quadro de recursos humanos da unidade em questão que atende a uma população média de 12.000 pessoas.

Para manter sigilo da Unidade de Saúde da Família em que a investigação foi realizada, codificou-se a unidade com a denominação de USF “A”, que apresenta na sua estrutura física: SAME, sala de espera, consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, sala de esterilização, sala para imunizações, sala de procedimentos, sala de curativo, farmácia, almoxarifado, expurgo, sanitários para usuários e profissionais, sala para reuniões e copa.

Quatro equipes de Saúde da Família compõem o quadro de RH da unidade, a saber: Equipe 1 - Composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários. Equipe 2 - É composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários. Equipe 3 - Composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários. Equipe 4 - composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitário.

A Unidade de Saúde pesquisada, também conta com duas equipes de Saúde Bucal, compostas por dois cirurgiões-dentistas e duas auxiliares de consultório dentário. Sendo que cada equipe de Saúde Bucal é responsável por duas equipes de Saúde da Família. Fazem parte do quadro de profissionais a gerente da unidade,

dois assistentes administrativos e dois agentes de portaria.

A recepção está localizada próximo à entrada da USF “A”, seguindo bem o fluxo de entrada dos usuários, onde geralmente um funcionário da unidade fornece aos usuários informações sobre a consulta já agendada ou realiza a marcação de consultas por via presencial. A estrutura física da USF “A” proporciona um ambiente bastante humanizado, no qual os usuários aguardam as consultas ou procedimentos sentados em uma sala de espera, que possui cadeiras, ventilador, televisor e água disponível.

Como a USF “A” só atende as necessidades básicas dos usuários, os casos de média e alta complexidade são encaminhados pelos profissionais para os devidos centros de referências. Essa prerrogativa responde ao princípio da integralidade da assistência conforme preconizado pelo SUS.

Adotou-se a USF como campo de pesquisa, pois esta constitui uma porta de entrada dos usuários no sistema de serviços de saúde pública e é atualmente considerada uma estratégia eficaz no âmbito da prestação da atenção aos usuários do SUS em comparação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa nove profissionais de saúde, dos 13 que comporiam a amostra, escolhidos de forma aleatória, independente da formação e equipe que faziam parte, e que na ocasião da coleta de dados encontravam-se em atividade no serviço e concordaram em participar desse estudo. A amostra foi constituída por: três Enfermeiros, três Técnicos de Enfermagem, um Auxiliar de Enfermagem e dois Agentes Comunitários de Saúde. Sendo seis do sexo feminino e três do sexo masculino. A idade dos profissionais variou de 28 a 48 anos de idade e jornada de trabalho de 40 horas semanais foi comum a todos. Os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE-A) autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

Para preservar o anonimato dos participantes, cada profissional foi identificado por uma letra “P” e um número de acordo com a seqüência de devolução dos questionários.

O projeto de pesquisa foi encaminhado a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, no mês de julho de 2007 obtendo parecer favorável para coleta de dados no mês de novembro de 2007. Anteriormente, o projeto foi enviado para a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – BA, obtendo autorização para a coleta de dados junto aos profissionais da USF referida.

A entrada no campo aconteceu após contato com a gerente da Unidade de Saúde da Família, quando foi entregue um ofício expedido pela Secretaria Municipal de Saúde, parecer do Comitê de Ética e cópia do Projeto de Pesquisa.

Os princípios éticos contidos na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamente pesquisas envolvendo seres humanos, foram respeitados no decorrer de todo o estudo, foi garantido o direito de acesso dos participantes aos dados coletados; o direito de desistirem do estudo quando e se assim desejarem; e direito ao sigilo e ao anonimato dos sujeitos; bem como foi solicitada a permissão para uso dos dados dos questionários através do termo de consentimento livre e esclarecido, para uso das informações para fins de redação, divulgação e publicação de artigos científicos, sem nenhum custo ou risco para os pesquisados.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados durou uma semana e foi realizada no mês de novembro de 2007, nos turnos matutino e vespertino, através de um questionário aberto (APÊNDICE-B), o qual buscou obter dados gerais como: idade, sexo, profissão, instituição de trabalho e carga horária, bem como seis questões de pesquisa de caráter subjetivo, que visou o alcance dos objetivos propostos na pesquisa. O conjunto de questões abordava itens como: o conceito de humanização e acolhimento, a importância da humanização, as estratégias/ações utilizadas na humanização e sobre a existência ou não de condições favoráveis e/ou desfavoráveis para a realização das ações de humanização.

Segundo Marconi e Lakatos (2002, p.98): “Questionário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”.

Gil (1999, p.128), acrescenta que o questionário tem por objetivo “o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc”.

Esta técnica de coleta de dados possibilita algumas vantagens como:

[...] Obtém respostas mais rápidas e mais precisas. Há maior liberdade nas respostas, em razão do anonimato. Há menos risco de distorção, pela não influência do pesquisador. Há mais tempo para responder e em hora favorável. Há mais uniformidade na avaliação, em virtude da natureza impessoal do instrumento [...]. (MARCONI; LAKATOS, 2002, p.98-99).

Para a realização da coleta de dados os profissionais foram contactados na USF "A", onde se explicou o objetivo da pesquisa e que a mesma fazia parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem na Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Solicitou-se que aqueles que consentissem em participar da pesquisa poderiam responder o questionário individualmente sem a presença da pesquisadora e que o mesmo fosse devolvido num prazo de 48 horas. Foram entregues um total de 13 questionários dos quais nove foram devolvidos em tempo hábil, isto é, antes de se iniciar a análise dos dados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, adotou-se a análise temática de interpretação qualitativa proposta por Minayo *et al* (1994).

Na fase de pré-análise, fez-se inicialmente o mapeamento dos dados obtidos, com a aplicação do questionário, através da leitura do material e a organização dos relatos. Em seguida, realizou-se a transcrição das respostas dadas pelos sujeitos aos questionários de pesquisa. Posteriormente, através da leitura do material, agruparam-se todas as respostas inerentes a cada questão de pesquisa, ou seja, todas as nove respostas para o primeiro questionamento foram agrupadas e assim por diante com as demais questões.

Na fase de exploração do material, fez-se uma leitura exaustiva dos questionários e a partir do recorte de fragmentos das respostas dadas pelos sujeitos

construíram-se as unidades de registro ou núcleos de sentido, visando compreender as informações e agrupá-las em subcategorias e posteriormente em categorias teóricas e empíricas, buscando responder às questões de pesquisa.

Seguiram-se os três princípios de classificação propostos por Minayo *et al* (1994) para elaboração do conjunto de categorias. Primeiro estabeleceu-se um único princípio de classificação para a construção de categorias, dessa forma todas as categorias foram construídas a partir de fragmentos das respostas dadas pelos sujeitos aos questionamentos relativos à humanização. O segundo princípio diz respeito à exaustividade, uma vez que, qualquer resposta poderia ser incluída em uma das categorias do conjunto. E o terceiro princípio, refere-se ao fato de que uma mesma resposta não poderia ser incluída em mais de uma categoria, ou seja, eram mutuamente excludentes.

Por fim, realizou-se uma leitura exaustiva dos dados categorizados, procurou-se estabelecer articulações entre estes e o referencial teórico da pesquisa, utilizando-se de interpretações e inferências visando alcançar os objetivos propostos com base nos dados empíricos e no referencial teórico utilizado.

A seguir, apresenta-se a análise dos dados obtidos e a discussão acerca dos mesmos, tomando-se como referência as categorias teóricas e empíricas (humanização, importância da humanização na visão dos pesquisados, estratégias de humanização utilizadas pelos pesquisados, condições favoráveis para ações de humanização, condições desfavoráveis para ações de humanização relativas ao profissional, condições desfavoráveis para ações de humanização relativas à instituição e por fim, o acolhimento dialogado) estabelecidas para este estudo.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Ao se discutir a respeito de como os profissionais conceituam a humanização, esta foi abordada de forma simplificada, possivelmente, apresentando o seu ponto de vista, o que demonstra a necessidade de maior esclarecimento sobre esta questão. A seguir, apresentam-se fragmentos de falas que retratam a categoria empírica **humanização**.

[...] *a humanização da assistência à saúde nada mais é do que nos colocarmos sempre no lugar do paciente (usuário)*. (P01).

Assistência em que o profissional tem empatia, procurando atender com atenção, respeito e dedicação. (P02).

É tratar o outro como você gostaria de ser tratado. (P09).

As falas apresentadas retratam o sentimento de respeito, empatia e tratar o outro como gostaria de ser tratado.

Segundo Deslandes (2004), o conceito de humanização carece ainda de definições mais claras que elucidem seus contornos teóricos e operacionais, sua abrangência e aplicabilidade. Para a autora os diferentes sentidos atribuídos ao termo “humanizar” dão origem a uma diversidade de práticas.

Diante dos diferentes conceitos atribuídos a humanização na prática assistencial, destaca-se a necessidade de se compreender o termo humanizar para que este possa ser implementado adequadamente no cotidiano dos serviços de saúde.

Para Casate e Corrêa (2005, p. 5):

Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos [...] é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.

Salienta-se, entretanto, que a interpretação do termo humanizar e sua aplicabilidade na prática assistencial dependem não só dos princípios éticos, valores e motivações do profissional, determinadas pela dimensão subjetiva inerente ao mesmo, mas também, das relações estabelecidas no contexto de trabalho entre trabalhadores/trabalhadores/usuários.

Entretanto, para este estudo, adotou-se o conceito apresentado pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS, já citado anteriormente, na qual humanização é: “[...] ofertar um atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. (BRASIL, 2004, p.6).

Nesse sentido, verifica-se que o termo humanização precisa de uma maior compreensão pelos profissionais pesquisados, para que seja implementado na prática do serviço de saúde em questão, principalmente, por ser este um serviço vinculado ao SUS.

As falas a seguir enfatizam a humanização como atenção centrada no usuário, que pressupõe oferecer um cuidado integral ao paciente, reconhecendo suas necessidades biopsicossociais.

É uma estratégia utilizada para que pessoas que busquem os serviços de saúde sejam tratadas como cidadãos [...]. (P03)

[...] cuidar não apenas da dor física do paciente, mas também do emocional [...]. (P04).

[...] um fator de suma importância para o acolhimento ao cliente dentro das suas necessidades no tocante à assistência à saúde. (P06).

Segundo Trad (2006, p.185), a humanização como atenção centrada no usuário “[...] pressupõe o reconhecimento do usuário como portador de singularidades subjetivas e socioculturais, bem como de interesses e necessidades específicos”. Nessa perspectiva, o usuário é visto como um sujeito social e, como tal, deve usar os serviços de saúde.

Para Deslandes (2004), a assistência humanizada se estende para além dos cuidados centrados no paciente, englobando o contexto familiar e social, o ambiente do trabalho e a equipe de saúde. Inclui a avaliação das necessidades dos familiares e de toda a equipe de saúde, o grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados e a prevenção da integridade do paciente como ser humano.

Na atualidade, há uma tendência a entender a humanização como uma assistência que valorize a qualidade técnica e ética do cuidado. E nessa perspectiva, insere-se o reconhecimento dos direitos dos usuários, de sua subjetividade, singularidade e cultura, bem como a valorização dos profissionais de saúde e do diálogo intra e interequipes. (DESLANDES, 2004).

A partir das falas dos profissionais pesquisados, quando questionados em relação à importância da humanização, pôde-se inferir a categoria empírica **importância da humanização na visão dos pesquisados**.

Cinco sujeitos pesquisados consideram a humanização importante para melhoria da qualidade da assistência no SUS com resolutividade e satisfação do usuário, o que pode ser observado nas falas a seguir apresentadas:

É importante para a melhoria da qualidade da assistência. (P01).

Satisfação do cliente. (P02).

A valorização do ser humano enquanto cidadão. (P03).

[...] uma saúde mais resolutiva [...]. (P05).

É fundamental para coloca o paciente em primeira instância, o olhar de forma humana é valioso, resgatando valores, princípios e direitos do cidadão já garantidos constitucionalmente. (P06).

As falas dos pesquisados, apontam a importância da humanização para além da qualidade da assistência, pois enfocam também, a valorização do usuário como cidadão, no âmbito do SUS, além do resgate de valores e princípios na prática assistencial como direito dos usuários.

Nesse sentido, percebe-se que os profissionais pesquisados reconhecem a importância da humanização da assistência à saúde, no âmbito da unidade de saúde do SUS.

A humanização vem ganhando destaque como possibilidade de se garantir uma assistência de qualidade aos usuários do SUS, assegurando dessa forma, “acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo”. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.563).

A PNH tem como princípio o direito à saúde com qualidade. Nesta pesquisa, a qualidade da atenção, não diz respeito apenas ao bom atendimento com acolhimento, mas ao conjunto de condições que possibilitem ao usuário ter assegurado o direito de acesso aos serviços de saúde com garantia da integralidade, tendo como foco a resolução de seus problemas de saúde.

Entre os princípios norteadores da PNH está a “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão” (BRASIL, 2004, p.17). Portanto, a humanização, também, está relacionada à questão dos direitos dos usuários.

Apesar da população brasileira já ter assegurado o direito à saúde através da Constituição de 1988, o Ministério da Saúde lançou em março de 2006, a “Carta dos direitos dos usuários da saúde”, dispondo sobre os direitos e deveres do cidadão e dos prestadores de serviços públicos, inclusive do Estado, de acordo com o critério de respeito à cidadania. A carta baseia-se em seis princípios de cidadania considerados “básicos”, entre eles o direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. (BRASIL, 2006d).

A fala de um dos pesquisados enfoca a humanização como algo novo no campo da saúde:

A humanização na assistência à saúde é importante, mas como ainda é algo novo, alguns profissionais ainda não estão tratando o assunto com a importância que merece. (P04).

Deslandes (2006) afirma que o debate acerca da humanização dos cuidados em saúde não é uma espécie de modismo ou algo novo no campo da saúde. Segundo a autora, o debate conceitual em torno da humanização dos cuidados na saúde e as lutas por novas possibilidades de organização desses cuidados, marcam a história das relações hierárquicas e modelos de comportamento no qual se inserem profissionais e usuários, os atores mais expressivos neste campo.

Cabe salientar que ao contrário do que se pensa, a humanização está presente há muito tempo na área da assistência à saúde. Tanto no Brasil como no mundo o debate acerca da humanização não é algo novo, entretanto, só começou a ganhar destaque no âmbito nacional a partir do momento em que passa a incorporar as políticas públicas de saúde, no âmbito dos serviços do SUS, demonstrando, dessa forma, a necessidade demandada, pelos usuários, de sua implementação.

No que diz respeito à estratégias/ações utilizadas na humanização, estabeleceu-se a seguinte categoria empírica: **estratégias de humanização utilizadas pelos pesquisados**. As falas abaixo retratam esta categoria:

[...] sempre escutar o paciente, entender as suas necessidades e, na medida do possível solucionar ou pelo menos minimizar os seus problemas. (P03).

Em primeiro lugar tratar as pessoas pelo nome, como forma de estabelecer uma relação de proximidade. Expandir a comunicação com o paciente para além das práticas da unidade [...]. (P05).

[...] ouvir os questionamentos do cliente; Explico cada dúvida; Chamar o paciente pelo nome, convidá-lo para ações educativas [...]; Utilizo dinâmica de

grupo; Trabalho os valores morais, aceitação das dificuldades; Reúno o grupo em grande circulo e utilizo prece; Utilizo o toque, o abraço. (P07).

Salienta-se que as ações citadas pelos profissionais têm muita relevância na humanização como identificar o paciente pelo nome, para personalizar e individualizar o cuidado; a utilização da comunicação, que é fundamental na consolidação do vínculo e no acolhimento ao usuário e a resolutividade dos problemas apresentados por ele.

No entanto, o acolhimento, a relação profissional/usuário, o respeito à subjetividade do indivíduo, a integralidade, a garantia de acesso tanto do usuário cadastrado na unidade como da demanda espontânea (universalidade), entre outras, não foram mencionadas pelos pesquisados.

Percebe-se que a aplicabilidade da PHN na prática, depende do empenho dos profissionais em operacionalizar esta política nos serviços de saúde, visando uma assistência mais equânime com os princípios do SUS e os direitos dos usuários.

Diante do exposto, cabe o seguinte questionamento:

[...] estarão os trabalhadores da saúde em condições de garantir um atendimento humanizado, tendo em vista que, quase sempre, são submetidos a processos de trabalhos mecanizados que os limitam na possibilidade de se transformarem em pessoas mais críticas e sensíveis, bem como se encontram fragilizados no conviver contínuo com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria? (CASATE; CORREA, 2005, p.10).

Os autores questionam a forma que os trabalhadores em saúde estão se inserindo no mundo do trabalho, como estão se relacionando diante do processo de trabalho, cada vez mais mecanizado, e suas limitações devido à fragmentação das atividades frente ao avanço tecnológico, sem buscar refletir criticamente sobre o contexto no qual estão inseridos. Enfoca-se também, a possibilidade de haver sensibilidade dos profissionais, quando estes estão fragilizados devido ao sofrimento e às condições precárias de vida do doente, com a qual convivem constantemente.

O que vem a ser confirmado também, por Martins (2002, p.3), ao considerar que os profissionais da saúde submetem-se, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes: “contato freqüente com a dor e o sofrimento, com pacientes terminais, receio de cometer erros, contato com pacientes difíceis”.

Dessa forma, cuidar de quem cuida é condição indispensável para o desenvolvimento de estratégias e ações em prol da humanização da assistência.

Embora a humanização da atenção à saúde, nas últimas décadas, pareça ser consenso, ao mesmo tempo tem se constituído em um desafio para os profissionais. Humanização é ir além da competência técnica e científica, ela envolve o desenvolvimento de competências para relações interpessoais que precisam estar pautadas na solidariedade, na percepção e no respeito às singularidades do ser humano e suas necessidades. (CASATE; CORRÊA, 2005).

Para o desenvolvimento de ações de humanização é relevante o reconhecimento das necessidades dos usuários, pois “quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma cesta de necessidades de saúde”. (CECÍLIO, 2001, p.116 apud TRAD, 2006, p.186). Dessa forma, devem ser consideradas tanto necessidades físicas como subjetivas e sociais.

As falas a seguir referem-se às respostas dos pesquisados quando questionados a respeito da existência de condições favoráveis ou desfavoráveis para se implementar as ações de humanização.

Apresentam-se as falas que retratam a categoria empírica **condições favoráveis para ações de humanização**.

Dois pesquisados relataram como condições favoráveis o espaço físico adequado e condições tecnológicas da instituição de saúde.

Condições favoráveis do ambiente [...] Espaço físico [...] temperatura do ambiente. (P02).

Existem algumas, tentamos trabalhar em cima dessas: Raio X odontológico; Coleta de exames; Especialidades [...]. (P07).

A melhoria do ambiente das unidades de saúde do SUS é outro dispositivo que integra o conjunto de propostas da PNH. A ambiência 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, 2006a, p.5). A qualificação do ambiente supõe repensar o espaço físico de modo a favorecer as interações que nele ocorrem.

Entretanto, Martins (2002) destaca que há instituições que se dizem humanizadas, porém, em alguns casos, a humanização equivale apenas a melhorias na estrutura física das instituições. Apesar da adequação do ambiente ser uma ação relevante numa instituição, devem ser inseridos em um processo amplo de humanização das relações institucionais.

Dois profissionais pesquisados relacionaram as condições favoráveis para ações de humanização aproximando-as das características da estratégia Saúde da Família.

[...] a própria adscrição de clientela permite à equipe a capacidade de identificar facilmente os pacientes. As atividades educativas também representam uma ferramenta de facilitação à humanização, pois coloca o usuário como um ator que constrói as ações. (P05).

[...] a estratégia (PSF) encontra no estreitamento das relações com os pacientes o roteiro fundamental para a consolidação do seu sucesso. (P08)

Ressalta-se que a relação acolhedora e humanizada entre profissional e usuários, propostas pela PNH e que a estratégia Saúde da Família tem a capacidade de por em prática, principalmente porque determinadas particularidades da estratégia como: territorialidade, clientela adscrita, ações educativas e de promoção da saúde, não restritas a unidade de saúde, mas também realizadas no território e a participação dos ACS como elo entre a comunidade e os profissionais, entre outras que, facilitam o estabelecimento de vínculo com o usuário e a comunidade.

A humanização da assistência engloba a noção de atendimento integral ao indivíduo e a família, que poderá ser realizada por uma equipe multiprofissional de Saúde da Família que atua na USF e na comunidade.

Quatro pesquisados revelaram em suas falas que as condições favoráveis estão relacionadas ao fator humano, tais como: interesse, boa vontade, sensibilidade, postura ética, informação e disposição.

O interesse e a sensibilidade de vários profissionais no sentido de fazer sempre o melhor para garantir a humanização da assistência. (P01).

[...] boa vontade do profissional, tom de voz do profissional, postura do profissional. (P02).

[...] os profissionais na maioria das vezes estão sempre dispostos a dar um atendimento humanizado. (P04).

[...] apenas o fator humano. (P06).

Frente a estas falas dos pesquisados, fez-se uma ponderação, no sentido que a maioria dos pesquisados se colocaram como facilitadores para ações de humanização, entretanto, os mesmos não citaram quais eram as ações que utilizavam em suas práticas assistenciais nos serviços de saúde.

A partir das falas dos profissionais pesquisados construiu-se a categoria empírica **condições desfavoráveis para ações de humanização relativas ao profissional**.

A dificuldade de alguns profissionais que não se mostram sensíveis aos problemas dos usuários [...].(P01).

[...] O ar de superioridade de alguns profissionais, a dificuldade em aceitar as mudanças. (P03).

Precisa melhorar mais o compromisso dos profissionais de saúde. (P07).

Pode-se inferir que para os pesquisados a efetivação de um cuidado humanizado depende principalmente do comprometimento profissional, que deve estar voltada para a humanização do cuidado.

Ressalta-se que todos os profissionais de saúde devem se empenhar para prestar uma assistência mais “humanizada”, se colocando sempre no lugar do “outro” que, fragilizado e carente, procura um tratamento de qualidade.

Para Gonçalves (2007), o não-comprometimento dos profissionais na operacionalização das ações de humanização é injustificável quando se busca, não somente, o reconhecimento pessoal, mas, principalmente quando o objetivo é prestar uma assistência à saúde com qualidade e efetividade, através de um serviço diferenciado onde se procura concretizar princípios e diretrizes estabelecidas na Constituição.

Salienta-se que a proposta de humanização requer que os profissionais revejam suas concepções e atitudes centradas no enfoque biomédico e a sensibilização dos mesmos no sentido de possibilitar uma valorização da subjetividade dos sujeitos, tanto profissionais como usuários, para que estes possam reconhecer e respeitar a subjetividade e a individualidade como características inerentes ao ser humano.

Diante das falas a seguir apresentadas estabeleceu-se como categoria empírica **condições desfavoráveis para ações de humanização relacionadas à instituição**.

Vale ressaltar que as dificuldades citadas a seguir comprometem dois componentes essenciais de uma assistência humanizada no que diz respeito à qualidade da assistência e a resolutividade.

[...] Para se dar um atendimento humanizado ao usuário que se dirige a unidade de saúde, uma palavra cordial, hospitaleira, carinhosa apenas não basta. É

preciso resolver as solicitações dele e nem sempre é possível por falta de medicamentos, material para curativo, papel toalha e até as coisas mais simples para se realizar um atendimento. Estas coisas estão além da nossa capacidade de resolver, cabendo aos gestores o abastecimento das unidades de saúde [...]. (P04).

Faltam insumos básicos [...] e materiais essenciais aos profissionais para melhor desenvolver suas atividades. (P06)

Condições melhores para realizar os procedimentos [...] Material educativo para as pessoas. [...] não existem Medicamentos; Material de insumo; Valorização dos profissionais. (P07).

Em função disso, pode-se dizer que, tais dificuldades comprometem também a efetividade da PNH no âmbito do SUS, já que além de comprometer o acesso da população a uma assistência resolutiva com qualidade, também, acabam desestimulando o profissional de saúde.

A falta de recursos materiais contribui para a diminuição da qualidade dos serviços prestados. E, se a humanização dos processos de trabalho no SUS depende, em parte, de questões como afinidade com o trabalho, também depende das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido. (BRASIL, 2001b, p.21).

De acordo com o documento da PNH, existe uma desvalorização dos trabalhadores da saúde expressa pela “precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários”. Enfatiza-se também o “despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe”. (BRASIL, 2004, p.8).

Segundo Gonçalves (2007), embora a XI Conferência Nacional de Saúde já reconhecesse a necessidade da humanização do cuidado prestado aos usuários, ressaltava, entretanto, as precárias condições na qual se efetuava esse cuidado.

Evidenciando, nesse sentido, que embora o usuário identificasse como problema do Sistema de Saúde as questões de ordem subjetiva e relacional também estão presentes “[...] as questões relativas à precarização material do SUS observada na precariedade das alocações, na sobrecarga de trabalho devido à escassez dos recursos humanos e no baixo investimento na qualificação desses profissionais”. (GONÇALVES, 2007, p.86).

Salienta-se que as dificuldades apresentadas tais como a precariedade das condições de trabalho, escassez de materiais e medicamentos, levam

possivelmente, a pouca capacidade de resolutividade frente aos problemas de saúde dos usuários, e compromete, dessa forma, a humanização.

Acredita-se que esta situação não é isolada e que a mesma vem de fato, dificultando a implantação da PNH em muitas unidades de saúde do SUS. Nesse sentido, a criação e o funcionamento de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) na unidade de saúde pesquisada seria relevante.

O GTH é um dispositivo criado pela PNH para o SUS, com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. A participação nos GTHs, deve ser aberta a todos os atores interessados em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários. (BRASIL, 2006b).

Para Gonçalves (2007), o GTH é uma proposta inovadora na medida em que abre aos atores envolvidos no cotidiano dos serviços de saúde, inclusive aos usuários, a possibilidade de participação na gestão, visando melhorar a qualidade no atendimento.

Acredita-se que o GTH aproxima as pessoas, possibilita a consolidação dos vínculos já instituídos, além de constituir um ambiente favorável para o compartilhamento de tensões e dificuldades do cotidiano do serviço, acolher e debater as divergências, os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar ações inovadoras e proporcionar a implementação propostas e ações humanizantes. (BRASIL, 2006b).

Ressalta-se que se faz necessária, também, a humanização das condições de trabalho dos profissionais de saúde e também da adequada estrutura das unidades de saúde de modo que possibilite um atendimento resolutivo. Sabe-se que os profissionais de saúde necessitam condições de trabalho adequadas para poder atuar de forma humanizada, o que também é uma proposta da PNH.

Nesse sentido, para a humanização acontecer efetivamente é imprescindível o compromisso de todos, não só entre os diferentes níveis de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal), mas também, entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde, assim como gestores, trabalhadores e usuários da rede de saúde.

Para um dos pesquisados a dificuldade está na falta de investimento para sensibilização dos profissionais.

[...] *falta de investimento necessário, sobretudo na sensibilização dos profissionais.* (P03).

Casate e Corrêa (2005, p. 8) afirmam que a “Humanização implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado”. As autoras, ainda, apontam para a necessidade de se investir no profissional de saúde e na valorização da dimensão subjetiva e relacional das práticas de saúde, para a construção de uma assistência humanizada.

Entretanto, admite-se a dificuldade “em ensinar ‘humanização’ nas relações interpessoais, considerando as questões subjetivas que se fazem presentes como, por exemplo, a sensibilidade”. (CASATE; CORREA, 2005, p.11).

Prioriza-se o profissional de saúde como elemento fundamental para a humanização, dessa forma, devem ser implementadas ações de investimento em termos de número suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas, bem como atividades educativas que permitam o desenvolvimento de competência para o “cuidado humanizado”.

No que diz respeito ao significado do acolhimento, alguns pesquisados revelaram em suas falas ser este relacionado ao diálogo com o paciente, visando informar e orientar para conhecer suas necessidades, em busca de resolutividade para a assistência prestada. Dessa forma, estabeleceu-se como categoria teórica **acolhimento dialogado**.

[...] *é você receber o usuário no serviço de saúde, ouvi-lo com atenção, ser sensível ao seu problema, orientá-lo adequadamente [...].* (P01).

Acolher é atender o cliente procurando ouvi-lo, observá-lo, levantando as suas necessidades de atendimento [...]. (P02).

[...] *é receber bem com cordialidade, saber escutar sendo hospitaleiro [...].* (P04).

[...] *é um olhar diferenciado ao cliente/paciente, um ouvir, uma atenção à necessidade individualizada.* (P06).

O acolhimento dialogado deve ser visto como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento do atendimento e que possibilita o real conhecimento das necessidades do usuário. (TEIXEIRA, 2005).

Desta forma, o diálogo tem a função de promover o conhecimento das necessidades do usuário para que o profissional possa buscar modos adequados de

satisfazer estas necessidades visando a resolutividade da assistência prestada.

A comunicação entre profissionais e usuários é extremamente relevante para o acolhimento, ela se estabelece a partir do diálogo e pressupõe uma relação entre sujeitos em constante interação.

O acolhimento nas ações de atenção nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. (BRASIL, 2006b).

Nas falas de dois pesquisados, citadas a seguir, percebe-se a preocupação dos profissionais com a questão da resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários:

Reconhecer as necessidades dos clientes/pacientes e providenciar solução para as mesmas. (P06).

Orientar os pacientes, tentando resolver o seu problema ouvindo o paciente, humanizando o atendimento. (P07).

Acolher vislumbrando a possibilidade de resolver os problemas de saúde dos usuários que procuram a unidade de saúde pressupõe que o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas do usuário, buscando identificar os riscos e a vulnerabilidade sem deixar de valorizar também, a avaliação do próprio usuário e se empenhar em dar uma resposta ao problema apresentado por este. (BRASIL 2006c).

Hoga (2004) salienta que a assistência à saúde precisa ter resolutividade, uma vez que, a solução dos problemas de saúde apresentados pelos usuários é fundamental para a humanização da assistência.

Entretanto, quatro sujeitos pesquisados retratam em suas falas uma visão restrita de acolhimento, o que pode ser visto a seguir:

É o modo como recebemos, cumprimentamos ou orientamos as pessoas que buscam os serviços de saúde. (P03).

Procuro sempre me dirigir ao usuário para encaminhá-lo ao serviço por ele solicitado [...]. (P05).

Receber sempre que possível o usuário na unidade [...] orientar sempre que possível o procedimento de exames. (P08).

O acolhimento [...] apresenta a unidade ao usuário e indica os serviços que são oferecidos e como são disponibilizados. (P09).

Pode-se verificar que as falas citadas anteriormente, demonstram um conceito/entendimento restrito de acolhimento como uma simples recepção aos usuários no serviço de saúde.

Teixeira (2005) afirma que há uma tendência em tratar o acolhimento como uma atividade de recepção nos serviços desempenhada por um profissional particular num espaço específico.

Sobre esta questão destaca-se que:

É preciso **não restringir o conceito de acolhimento** ao problema da recepção da 'demanda espontânea', [...], como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. (BRASIL, 2006c, p.16, grifo nosso).

O acolhimento não se restringe a um espaço de recepção ou ao fluxo de atendimento no serviço, corresponde a uma etapa do processo de trabalho que todos os profissionais de saúde desencadeiam na sua relação com o usuário. (TEIXEIRA, 2003).

Nesse sentido, o acolhimento deve estar organizado "de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários". (BRASIL, 2006c, p.21).

Uma das principais estratégias de humanização proposta pela PNH refere-se ao acolhimento dos usuários nos serviços de saúde. Os desafios que se colocam frente a essa proposta são: a ampliação do acesso dos usuários aos serviços, sem, contudo, sobrecarregar as equipes e prejudicar a qualidade das ações, a superação da prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica e a definição do papel de cada integrante da equipe de saúde. (GONÇALVES, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou conhecer as concepções dos profissionais de saúde que atuam na estratégia Saúde da Família sobre a humanização da assistência à saúde. Optou-se por uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que se justifica pela relevância do conhecimento dos profissionais de saúde acerca do significado e importância da humanização, para sua devida implementação no âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS. Considera-se que os objetivos propostos foram contemplados no estudo em questão.

Frente à análise dos relatos dos sujeitos pesquisados acerca da humanização, pode-se inferir que os mesmos precisam discutir com maior profundidade os aspectos conceituais da mesma.

A humanização, nesta pesquisa, foi concebida de forma simplificada por alguns dos pesquisados como respeito ao paciente, empatia e tratar o outro como gostaria de ser tratado, enquanto outros destacam a humanização como atenção centrada no usuário, oferecendo um cuidado integral ao paciente, reconhecendo suas necessidades e buscando dar resolutividade a assistência prestada. Tal situação foi também identificada por Deslandes (2004, p.7) ao abordar que:

O termo 'humanização' tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde [...] 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 reconhecimento do profissional.

E esta pesquisa, confirma as afirmações da autora no sentido de questionar sobre como poderão estes profissionais efetivar uma assistência humanizada para com o usuário se, muitas vezes, o termo humanização não está bem compreendido pelos mesmos.

Vale ressaltar que uma assistência humanizada se dá com a participação de profissionais qualificados e capacitados para lidar com a subjetividade das práticas de saúde, estabelecendo relações interpessoais e vínculos com os usuários, e que estejam comprometidos com a questão da resolutividade dos problemas de saúde dos indivíduos assistidos.

Percebe-se que os profissionais pesquisados consideram a humanização da assistência à saúde importante, tanto para melhoria da qualidade da assistência no SUS, com resolutividade e satisfação do usuário, como também para a valorização do usuário enquanto cidadão, que usa o serviço de saúde como um direito social, além de focar, também, o resgate de valores e princípios na prática assistencial.

Nesta pesquisa, a importância da humanização sob a ótica dos profissionais pesquisados é colocada como a valorização da saúde como direito do cidadão. Isto demonstra que os pesquisados estão cientes que a política de humanização do SUS busca não só a melhoria da atenção à saúde, mas também a concretização do direito à saúde.

Ao buscar identificar as estratégias de humanização utilizadas pelos profissionais pesquisados, percebeu-se que a maioria dos mesmos não conseguiu citar qualquer estratégia. Embora, três dos pesquisados relataram em suas falas estratégias como: identificar o paciente pelo nome, a comunicação, tentar entender as necessidades do usuário e dar resolutividade aos problemas de saúde dos mesmos, e ainda, utilização de dinâmica de grupo, prece, toque e abraço.

No entanto, as seguintes estratégias: acolhimento, relação entre profissional e usuário como fortalecimento do vínculo, integralidade do cuidado, garantia de acesso tanto do usuário cadastrado na unidade como da demanda espontânea (universalidade), entre outras, não foram valorizadas pelos pesquisados.

Percebe-se, desta forma, a necessidade de preparo de alguns profissionais no que diz respeito às ações de humanização, buscando sensibilizar os mesmos como sujeitos capazes de operacionalizar estratégias para promover uma assistência humanizada que atenda as necessidades, demandas e expectativas dos usuários do serviço de saúde.

Pôde-se verificar que os profissionais pesquisados identificaram facilidades e dificuldades relativas à implementação das ações de humanização no âmbito do seu contexto de trabalho, qual seja uma unidade de saúde vinculada à Atenção Básica do SUS.

Dentre as facilidades para ações de humanização apontadas no estudo em questão, pode-se citar: o espaço físico adequado, condições tecnológicas da instituição de saúde, as características da estratégia Saúde da Família, entre outras.

No presente estudo ficou claro que os profissionais enfrentam diversas dificuldades, a exemplo de: falta de valorização profissional, condições inadequadas

de trabalho, entre outras, que vêm interferindo, possivelmente, na implementação da humanização no âmbito da unidade de saúde pesquisada. E isto demonstra, que a humanização da assistência na referida unidade torna-se um constante desafio para os profissionais.

O acolhimento ao usuário na unidade de saúde pôde ser entendido como: receber bem e dar escuta ao usuário, compreendê-lo e solidarizar-se com ele e com os seus problemas e necessidades, buscando dar resolutividade a assistência prestada. Entretanto, o acolhimento foi concebido de forma restrita por alguns profissionais, isto demonstra que ainda há dificuldade dos profissionais em acolher o usuário, o que pressupõe, após quatro anos de implantação da PNH, que o usuário ainda enfrenta problemas no tocante ao acolhimento, ou é acolhido de maneira inadequada.

Acredita-se no potencial da PNH para consolidação de uma assistência à saúde mais condizente com os princípios e diretrizes do SUS, que valorize o usuário e na qual o profissional se sinta valorizado.

Sugere-se que os profissionais, gestores e usuários da unidade em questão, busquem alternativas para superar as dificuldades apresentadas. Para tanto, aponta-se a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) para buscar formas de superação das dificuldades, bem como esclarecer e discutir ações e estratégias de humanização a serem implementadas.

Aponta-se, a educação permanente como uma forma apropriada para a capacitação desses trabalhadores, uma vez que a mesma, busca valorização no âmbito dos serviços e melhores condições de trabalho.

A expectativa é de que este estudo possa contribuir para futuras pesquisas que visem consolidar as bases teóricas acerca da humanização, no âmbito dos serviços do SUS, como um conjunto de ações que visem promover serviços capazes de produzir cuidados dignos, valorizando a subjetividade de seus participantes e comprometidos com a vida.

Espera-se que esta pesquisa possa, também, colaborar para melhoria da qualidade da assistência prestada ao usuário da unidade de saúde, sensibilizar os profissionais que nela atuam a respeito da importância da humanização na organização do serviço de saúde, visando à criação de mecanismos para operacionalização da mesma com responsabilização, acolhimento e vínculo nas ações assistenciais, bem como buscar mecanismos que garantam o mínimo de

resolutividade. Ademais, permita aos profissionais ampliar a visão a respeito da realidade do serviço de saúde, no que diz respeito, às suas facilidades e dificuldades.

As dificuldades enfrentadas na realização desta pesquisa estão relacionadas à demora na autorização para coleta dos dados pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador - BA e liberação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB. As facilidades foram relativas ao acolhimento recebido pela pesquisadora na USF "A".

Percebe-se que o conhecimento/entendimento do profissional acerca da humanização é relevante para a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS. E, esta pesquisa aponta para a necessidade de maior investimento na divulgação da referida política e seus propósitos, bem como na discussão acerca dos aspectos conceituais, com profissionais de saúde que atuam no SUS.

Ressalta-se, entretanto, que como pesquisa de natureza qualitativa pode resultar em diferentes interpretações acerca dos dados obtidos, uma vez que, a estes, a interpretação dada é subjetiva.

REFERÊNCIAS

BACKES, D.S. *et al.* A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.14, n.3, 2005. Disponível em: <<http://www.textoecontexto.ufsc.br/viewissue.php?id=12>>. Acesso em: 11 nov. 2006.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.unb.br/fs/clm/labcor/etic196.htm>>. Acesso em: 24 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 25 out.2006.

_____. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS. Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf>. Acesso em: 25 out. 2006

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://pdtr2001.saude.gov.br/edicaoprodutoslivros/pdf06_0014_M.pdf>. Acesso em: 25 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2006.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, 2004. p.7-14. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2006.

DESLANDES, S.F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____. (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 33-47.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Revista Saúde e Sociedade**. v.14, n.3, 2005. Disponível em: <http://www.w.apsp.org.br/saudesociedade/XIV_3/artigo%207_revista%2014.3.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2006.

GONÇALVES, M.C.S. **Políticas de Humanização e o Direito à Saúde no Rio Grande do Sul**. 2007. 145 p. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=739>. Acesso em: 13 fev. 2008.

HOGA, L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.38,

n.1, 2004, p. 13-20. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/88 .pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2006.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.**, v.9, n. 17, ago 2005. p. 287-301.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, M.C.F.N. Humanização na Saúde: Relação médico-paciente no microscópio. **Revista Ser Médico**, 18. ed. 2002. Disponível em: <http://ser1.cremesp.org.br/revistasermedico/sermedico010203_2002/medico_foco.htm>. Acesso em: 16 nov. 2007.

MINAYO, M.C. S. *et al.* **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 23-30.

MOTTA, J. I. J. et al. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Revista Olho Mágico**. [s.n.], v.8, n.3, dez, 2001. Disponível em: < <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm> >. Acesso em: 10 mar. 2008.

OLIVEIRA, B.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 2006. p.277-284. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

SILVA, M.J.P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**. [s.n.], v.10, n.2, 2002. Disponível em:

<<http://www.ciape.org.br/matdidatico/enfermagem/anadias/papel.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2008.

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

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E. A. **Vigilância da Saúde e Vigilância Sanitária: Concepções, estratégias e práticas**. Cooperação técnica ISC/Anvisa, Brasília, 2003.

TRAD, L. A. B. Humanização do Encontro com o Usuário no Contexto da Atenção Básica. In: _____. (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 185-203.

UGÁ, M.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.193-223.

WALDOW, R.L. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA-CAMPUS I
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com profissionais da área de saúde. Para tanto, gostaríamos de contar com sua participação respondendo um instrumento contendo um conjunto de questões que visam: Conhecer as concepções dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família sobre a humanização da assistência à saúde. O conjunto de questões compreende itens de dados referentes a humanização, com a finalidade de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. A sua participação não envolve nenhum custo ou risco para sua pessoa, assim como nenhuma interferência nas suas atividades. Sua identidade será mantida no anonimato. Você tem toda a liberdade de recusar sua participação. Caso aceite participar, você poderá, a qualquer momento, obter informações sobre o andamento desta pesquisa e também retirar o seu consentimento mesmo que tenha antes se manifestado favorável. Será garantido o sigilo das informações por você fornecidas. (CNS, 1996)

Eu, _____, tendo sido informado(a) dos objetivos da pesquisa intitulada “**Humanização da Assistência à Saúde: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família**” concordo em participar da mesma, respondendo a um questionário aplicado(a) pela estudante de Enfermagem Elaine Oliveira Silva, sob orientação da professora Marluce de Oliveira Brito Meira. Autorizo o uso das informações para fins de redação, divulgação e publicação de artigos científicos do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Estou ciente de que os dados serão tratados de forma confidencial, sem divulgação da fonte e de que poderei desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com exclusão das informações por mim prestadas sem que eu seja submetido(a) a qualquer penalização. Aceito, livremente, participar da pesquisa, conforme os termos acima apresentados.

Pesquisado(a)

Estudante

Tel: 8842-6674

Orientador

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO ENFERMAGEM – BACHARELADO

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Humanização da Assistência à Saúde: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família

Objetivo: Conhecer as concepções dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família sobre a humanização da assistência à saúde.

Pesquisadora: Elaine Oliveira Silva

Orientadora: Marluce de Oliveira Brito Meira

1 DADOS GERAIS:

Nº.: _____

Data: ___/___/___

Idade: _____anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____

Instituição onde trabalha: _____

Carga horária: _____

2 QUESTÕES DE PESQUISA:

1. Como você conceitua a humanização na assistência à saúde?
2. Em sua opinião, o que é acolhimento?
3. Em sua opinião, qual é a importância da humanização?
4. Quais as estratégias/ações de humanização utilizadas por você em sua prática profissional? Fale sobre elas.
5. Em sua opinião, existem condições favoráveis e/ou desfavoráveis para a realização das ações de humanização?Quais?