

ASSISTÊNCIA DE SAÚDE HUMANIZADA: CONQUISTAS E DESAFIOS EM CAMPINA GRANDE-PB¹

HUMANIZED HEALTH CARE: EFFORTS AND CHALLENGES IN CAMPINA GRANDE-PB

ASISTENCIA DE SALUD HUMANIZADA: CONQUISTAS Y RETOS EN CAMPINA GRANDE – PB

INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA²

DÉBORAH DANIELE TERTULIANO MARINHO³

ROSILENE SANTOS BAPTISTA⁴

Objetivou-se identificar as conquistas e desafios do processo de humanização nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) em Campina Grande-PB. Estudo qualitativo realizado junto a 36 profissionais de saúde e 74 usuários inscritos nos programas desenvolvidos em 28 UBSF. Utilizaram-se dois questionários fundamentados nos parâmetros da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo um específico para os profissionais e outro para os usuários. Os dados coletados foram padronizados e alocados em núcleos temáticos. O suporte analítico foi a PNH. Os resultados sinalizam que alguns profissionais têm conhecimento da PNH e tentam executá-la. A minoria dos usuários demonstrou insatisfação com a demora no atendimento e as dificuldades na comunicação. Conclui-se que enfermeiros e médicos se mostram preocupados por não terem meios suficientes para a realização concreta do acolhimento, contudo pode-se afirmar que eles praticam o acolhimento dentro de limitações, pois, o conhecimento teórico sobre a PNH ainda não está completamente assimilado.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da Assistência; Enfermagem em Saúde Pública; Política de Saúde.

The aim of this research was to identify the achievements and challenges of the process of humanization in Basic Care Units of the Family (BCUF) in Campina Grande. It was a qualitative study accomplished with 36 health professionals and 74 users enrolled in the programs developed in 28 BCUF. Two questionnaires were used based on parameters of the National Policy of Humanization (NPH), one of them was made specifically for professionals and the other one for common users. The collected data were patterned and allocated in thematic categories. The results indicate that some professionals are aware of the NPH and have tried to improve it. The minority of users show dissatisfaction with the delay in attendance and the difficulties in communication. It was concluded that nurses and doctors are worried because they have not shown sufficient resources to the welcoming of specific host, but they practice the reception within the limitations, therefore, the theoretical knowledge on NPH is still not completely incorporated.

KEYWORDS: Humanization of Assistance; Public Health Nursing; Health Policy.

Se identificaron las conquistas y retos del proceso de humanización en las Unidades Básicas de Salud Familiar (UBSF) en Campina Grande-PB. Estudio cualitativo realizado con 36 profesionales de salud y 74 usuarios inscritos en los programas desarrollados en 28 UBSF. Se utilizaron dos cuestionarios basados en los parámetros de la Política Nacional de Humanización (PNH); uno de los cuales fue para los profesionales y el otro para los usuarios. Los datos recogidos han sido estandarizados y colocados en núcleos temáticos. El soporte analítico fue PNH. Los resultados señalan que algunos profesionales tienen conocimiento de PNH e intentan ejecutarla. La minoría de los usuarios presentó insatisfacción con la atención y las dificultades en la comunicación. Se concluye que enfermeros y médicos están preocupados por que no tienen medios suficientes para realizar de manera concreta la acogida, sin embargo, se puede afirmar que ellos practican dicha acogida dentro de esas limitaciones, pues, el conocimiento teórico en PNH todavía no está enteramente incorporado.

PALABRAS CLAVE: Humanización de la Atención; Enfermería en Salud Pública; Política de Salud.

¹ Artigo extraído da pesquisa Acolhimento no sistema de saúde: conquistas e desafios em Campina Grande, vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/CNPQ/UEPB- Cota 2005-2006.

² Enfermeira, Doutora, Docente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Endereço: Rua Sérgio Rodrigues de Oliveira, 139 – Alto Branco – CEP: 58103-074 Campina Grande-PB. E-mail: isxf@oi.com.br

³ Aluna do 5º ano de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB.

⁴ Enfermeira, Mestre, Docente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Rua Tomás Soares de Sousa, 460 – Catolé – CEP: 58104.533 Campina Grande-PB. E-mail: rosilenesbaptista@yahoo.com.

INTRODUÇÃO

A busca de mudanças culturais pelos quais passa o sistema de saúde brasileiro requer um processo educacional persistente e indispensável para que haja transformações no modo de pensar, tratar e agir em relação ao usuário, a equipe de trabalho e aos familiares dos assistidos. O Ministério da Saúde, acreditando nessa mudança cultural, instituiu, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar-PNHAH. E, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH). A causa básica dos debates e da criação do PNHAH e da PNH foi o diagnóstico de insatisfação dos usuários no concernente ao relacionamento com os profissionais de saúde¹.

A PNH invoca o conceito-chave “humanizar”, buscando assegurar à palavra, a sua dignidade ética. Nessa perspectiva, tanto o Ministério da Saúde como a Organização Mundial de Saúde passaram a apoiar modelos de assistência baseados na humanização. Nesses modelos é preciso que a estrutura física das unidades tenha ambiente adequado para as diversas ações; haja uma organização de atividades individuais e em grupos centrada na oferta programática instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS); que a coleta de exames e a dispensação de medicamentos sejam realizados na própria unidade; e as pequenas urgências obtenham atenção na unidade, evitando-se a busca por serviço em pronto-socorro².

Em se tratando do acolhimento entre profissional de saúde-usuário, esse requer habilidades em: comunicar-se, demonstrando compreensão do problema do usuário e interesse em ajudá-lo; esclarecendo-o acerca da sua responsabilidade na resolução do problema e orientando-o sobre possíveis alternativas de ação, facilitando a escolha de uma delas³.

Quando o usuário está insatisfeito com o SUS, pode significar que o profissional tem dificuldades na realização de seu trabalho, o gestor adota baixa comunicação e interação com outras instâncias, o que desencadeia uma demanda maior de consultas e exames complementares, executa-se encaminhamentos desorganizados, além de dificuldades e desigualdades no acesso dos usuários.

Por entendermos que os entraves do acolhimento podem estar relacionados com o jogo das interações sociais, das relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de status, selecionamos o objeto Acolhimento nos Programas de Saúde da Família (PSF) e os objetivos: investigar

se os médicos e enfermeiros dos PSF de Campina Grande-PB praticam a humanização; a percepção dos usuários dos PSF acerca da humanização e que aspectos dessa política se constituem, conquistas e desafios no ambiente desses PSF.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, realizado no período de julho de 2006 a julho de 2007 em Campina Grande-PB, junto aos PSF desse município.

A pesquisa foi desenvolvida após autorização da Secretaria Executiva Regional desse município e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o nº 0234.0.133.000-06.

Após catalogar o endereço de todos os PSF, os pesquisadores mantiveram um primeiro contato com os profissionais dessas unidades para apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconiza a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁴, no concernente a pesquisa com seres humanos. O critério de seleção dos sujeitos foi concordar em participar do estudo.

Dentre os 85 PSF catalogados, apenas os profissionais atuantes em 28 PSF concordaram em participar do estudo. Assim, selecionamos a amostra A, composta por 11 médicos e Amostra B, por 25 enfermeiros que assinaram o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCPE).

Em seguida, os pesquisadores contactaram os usuários desses 28 PSF, inscritos nos programas destinados a: hipertensos e diabéticos, pré-natal e puericultura, diagnóstico e prevenção do câncer cérvico-uterino e de mamas, planejamento familiar, diagnóstico e tratamento da tuberculose, hanseníase e DSTs. Após a exposição do TCLE e do caráter voluntário da participação, a amostra C, foi composta por 74 usuários que assinaram o TCPE.

Utilizamos um mesmo questionário para as amostras A e B, contendo seis questões abertas e quinze fechadas, baseadas nos parâmetros estabelecidos pelo PNHA, para humanização do trabalho dos profissionais. Nas questões fechadas, os profissionais teriam que optar por respostas do tipo “sim” ou “não”. As questões versaram sobre: dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários; manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho; condições de trabalho na instituição, cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários, e a qualidade da comunicação entre os profissionais-usuários do sistema.

Para a amostra C utilizou-se um questionário contendo uma questão aberta; dezessete fechadas em que os usuários poderiam optar pela resposta “sim” ou “não”. E três questões fechadas com mais de duas opções para que os usuários pudessem assinalar a que mais se aproximasse de sua percepção acerca do acolhimento no PSE. Esse instrumento também se baseou nos parâmetros estabelecidos pela PNH. As questões versaram sobre: condições de acesso e prestação dos serviços; qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital: clareza das informações oferecidas aos usuários e qualidade da relação entre usuários e profissionais.

Os dados relativos às questões fechadas foram agrupados, quantificados e apresentados em quadros. Os depoimentos relativos às questões abertas foram padronizados, categorizados tematicamente⁵ e analisados em consonância com o pensamento de autores selecionados para esse estudo.

RESULTADOS

Apresentamos nos Quadros I e II, respectivamente, os resultados das questões fechadas relativas ao conhecimento e prática da humanização pelos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família em Campina Grande-PB. E, no Quadro III, a percepção dos usuários acerca da humanização nesses PSE.

QUADRO I – PRÁTICA MÉDICA NA ÁREA DA HUMANIZAÇÃO NOS PSF DE CAMPINA GRANDE-PB

Tema	Questões	Respostas	
		Sim	Não
Conhecimento médico sobre a Política de Humanização	Já ouviu falar na expressão acolhimento	9	2
	Tem conhecimento sobre a PNH	5	6
	Costuma receber algum tipo de treinamento relativo à temática da Humanização e do Acolhimento	4	7
Prática médica na área da humanização	Se interessa pela prática do acolhimento	2	9
	Costuma praticar o acolhimento	10	1
	Costuma discutir com seus colegas da unidade melhores formas de atendimento ao usuário	9	2
	Costuma discutir com seus colegas da unidade melhores formas de resolução para os problemas dos usuários e da comunidade	9	2
	Costuma fazer uma auto-avaliação sobre suas formas de atendimento ao usuário	2	9
	Consegue ouvir todas as queixas que os usuários têm a fazer	3	6
	Consegue apresentar soluções para todas as questões dos usuários	7	4
	Costuma se chatear quando algum usuário fala mais de problemas pessoais do que propriamente da queixa clínica	3	8
	Costuma passar informações sobre prevenção de doenças a todos os usuários	5	7
	Costuma dar informações sobre diagnóstico, tratamento e encaminhamento relativos a patologia do usuário	11	-
	Costuma ouvir as sugestões dos usuários para a melhoria do atendimento na unidade	9	2

QUADRO II – PRÁTICA DOS ENFERMEIROS NA ÁREA DA HUMANIZAÇÃO NOS PSF. CAMPINA GRANDE-PB

Tema	Questões	Sim	Não
Conhecimento dos enfermeiros sobre a Política de Humanização	Já ouviu falar na expressão acolhimento	25	-
	Tem conhecimento sobre a PNH	15	10
Prática dos enfermeiros na área da humanização	Costuma receber algum tipo de treinamento relativo à temática da Humanização e do Acolhimento	10	15
	Se interessa pela prática do acolhimento	10	15
	Costuma praticar o acolhimento	25	-
	Costuma discutir com seus colegas da unidade melhores formas de atendimento ao usuário	25	-
	Costuma discutir com seus colegas da unidade melhores formas de resolução para os problemas dos usuários e da comunidade	24	1
	Costuma fazer uma auto-avaliação sobre suas formas de atendimento ao usuário	24	1
	Consegue ouvir todas as queixas que os usuários têm a fazer	18	7
	Consegue apresentar soluções para todas as questões dos usuários	7	18
	Costuma se chatear quando algum usuário fala mais de problemas pessoais do que propriamente da queixa clínica	1	24
	Costuma passar informações sobre prevenção de doenças a todos os usuários	22	3
	Costuma dar informações sobre diagnóstico, tratamento e encaminhamento relativos à patologia do usuário	20	5-
Costuma ouvir as sugestões dos usuários para a melhoria do atendimento na unidade	24	1	

QUADRO III. PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ACERCA DA HUMANIZAÇÃO NOS PSF. CAMPINA GRANDE-PB

Temas	Questões	Sim	Não
Marcação de consulta	Sente dificuldades para marcar consultas	22	52
	Costuma enfrentar filas longas para ser atendido	33	41
Sala de espera	Sente dificuldade para identificar e diferenciar as salas de atendimento	9	65
	No local onde espera há assentos para todos os usuários em espera	41	33
	Na unidade existe algum tipo de entretenimento (televisão, aparelho de som, revista e outros) enquanto espera para ser atendido	7	67
	Sente dificuldade para identificar os profissionais que trabalham na unidade	12	62
	Na unidade são oferecidas palestras a respeito da prevenção de doenças	45	29
	Na unidade são oferecidas informações a respeito de outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade	46	28
	Considera a unidade um ambiente agradável	53	21
	Enquanto espera lhe é servido algum tipo de refeição	3	71
	É tratado com cordialidade e atenção pelos profissionais da unidade	62	12
	Durante a consulta consegue relatar tudo que está sentindo	63	11
Consulta	Durante a consulta sente-se à vontade para compartilhar problemas pessoais com o profissional da unidade	48	26
	Durante a consulta, acredita ter sido bem ouvido todas as vezes pelo profissional da unidade	65	9
	O profissional da unidade costuma oferecer sugestões para os problemas que relata para ele	52	15
	Durante a consulta é dado todo tipo de explicação quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento acerca do seu problema	66	8

Da padronização das falas dos sujeitos do estudo resultaram as categorias: O significado, atribuído pelo médico, a Política Nacional de Humanização; A definição de acolhimento, segundo o médico; A ótica dos médicos sobre as dificuldades para a humanização da assistência; O significado atribuído pelo enfermeiro a Política Nacional de Humanização; A definição de acolhimento segundo o enfermeiro; A ótica dos enfermeiros sobre as dificuldades para a humanização da assistência; e As lacunas da humanização segundo a percepção dos usuários.

DISCUSSÃO

No Quadro I, os dados relativos ao tema Conhecimento médico sobre a Política de Humanização, demonstram que menos da metade dos participantes afirmou ter conhecimento e receber treinamento sobre a Política de Humanização. Entretanto, ao correlacionar as respostas desse tema com aquelas referentes ao tema prática médica na área da humanização, identifica-se que, dentre os 11 sujeitos, 9 afirmam praticar o acolhimento, 9 costumam discutir com os colegas melhores formas de atendimento ao usuário, 9 costumam discutir melhores formas de resolução para os problemas dos usuários, 3 conseguem ouvir todas as queixas dos usuários, 7 costumam apresentar soluções para todas as questões dos usuários, 5 costumam passar informações sobre prevenção de doenças a todos os usuários, 11 costumam dar informações sobre diagnóstico, tratamento e encaminhamento relativos à patologia do usuário, e 9 costumam ouvir as sugestões dos usuários para a melhoria do atendimento na unidade.

Ao correlacionar as respostas positivas dessas duas temáticas entendemos que a atitude desses médicos frente aos usuários é de acolhimento, pois, a literatura define o “acolhimento”, como a escuta dos problemas de saúde do usuário, a oferta de resposta positiva e resolutiva para esses problemas e a criação de vínculo necessário entre o serviço e a população usuária².

No Quadro II, as respostas afirmativas dos enfermeiros, acerca do tema Conhecimento sobre a Política de Humanização, sinalizam que 25 deles têm informações sobre acolhimento e 15 conhecem a PNH. Ao correlacionar as respostas afirmativas desse tema com aquelas do tema Prática dos enfermeiros na área da humanização, observa-

mos que muitos desses profissionais, a exemplo dos médicos, também, estão praticando o acolhimento.

Em relação às respostas negativas de médicos e enfermeiros acerca do conhecimento sobre o acolhimento e a prática da humanização, é preciso esclarecer que, no período desse estudo, o quadro de profissionais dos PSF passava por mudanças estruturais, dado que houve um concurso público para regulamentação da situação trabalhista de todos ali atuantes, do que resultou a substituição de profissionais antigos por outros recém-formados. E porque houve a ampliação do número de equipes de PSF de 55 unidades para 85. Assim, houve a contratação de 30 novos profissionais. Essa situação interveniente, dentre outras possíveis, pode justificar a desatualização de alguns profissionais com o paradigma da humanização.

No concernente ao Quadro III, que trata da Percepção dos usuários sobre a humanização, verificamos que, dentre os 74 usuários, 22 referiram dificuldades para marcar consulta e 33 costumam enfrentar filas longas para o atendimento, donde se pressupõe a necessidade de avaliação constante das atividades dos serviços oferecidos na rede SUS para viabilizar, adequadamente, o acesso da demanda. Convém esclarecer que uma das diretrizes da PNH⁶ recomenda aos profissionais usarem a Tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco para agilizar o atendimento tomando por base o grau de necessidade do usuário. Assim, a brevidade do atendimento depende do grau de complexidade e não da ordem de chegada.

As percepções positivas dos usuários sobre a sala de espera são majoritárias quando se trata da disponibilidade de assentos para todos os usuários, da oferta de palestras a respeito da prevenção de doenças, de informações a respeito de outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade. O grau de satisfação é maior em relação à ambiência, ao tratamento cordial e à atenção dispensada pelos profissionais.

Entretanto, 12 usuários sentem dificuldade para identificar os profissionais que trabalham na unidade, 9 sentem dificuldade para identificar e diferenciar as salas de atendimento e 7 negam a existência de algum tipo de entretenimento (televisão, aparelho de som, revista e outros) enquanto esperam para ser atendidos. Essas dificuldades corroboram relato da literatura⁶ em que consta como um dos desafios do SUS fazer valer a proposição que todo usuário do sistema identifique os profissionais que

lhe prestam cuidados e desbancar o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta, desconsiderando a subjetividade do usuário.

A PNH contém diretrizes que especificam quais as estratégias a serem implementadas para assegurar a ambiência. Essas estratégias devem considerar a jardinagem, a arquitetura do prédio, a iluminação, os odores, cor das paredes, espaços para atividades artísticas e salas de visita abertas para que a equipe e os usuários desfrutem conforto e privacidade⁶.

Outra orientação da PNH consiste na implementação de estratégias de informações sobre o funcionamento dos serviços e dos direitos dos usuários tais como informações afixadas em locais visíveis sobre vinculação do serviço ao SUS; identificação dos setores, nome dos trabalhadores e responsáveis; horário de atendimento; serviços a serem procurados em casos agudos e de urgência nos momentos em que a unidade estiver fechada. Os profissionais devem usar crachá para melhor identificação. A sinalização deve ser adequada, com identificação dos setores e orientando a movimentação geral do usuário no serviço⁶.

Observamos alto grau de satisfação em relação à consulta, dado que 66 usuários afirmam receber explicação sobre diagnóstico, tratamento e encaminhamento acerca do seu problema, 65 relatam ter sido bem ouvidos pelo profissional da unidade, 63 usuários afirmam conseguir relatar tudo que sentem, 52 obtêm sugestões para os problemas que relatam para o profissional da unidade, e 48 sentem-se à vontade para compartilhar problemas pessoais com o profissional da unidade. Assim, os usuários atestam o acolhimento e a melhoria do acesso nos PSE.

A definição de acolhimento segundo o médico

Nas expressões dos médicos, o acolhimento é definido como

“É a maneira aberta de receber bem as pessoas que lhe procuram no ambiente hospitalar, ou que fazem parte de uma área adscrita através de um processo de territorialização, dando orientações necessárias ao usuário para um bom resultado terapêutico.” (Médico 3)

Acolher implica o desenvolvimento da afetividade e da sensibilidade para estabelecer o vínculo necessário

entre o serviço e a população usuária, escutar os problemas de saúde do usuário e sempre lhe conceder uma resposta positiva⁷.

O fato de alguns médicos participantes desse estudo entenderem que acolher é tratar o usuário de forma polida e gentil, sinaliza que os profissionais estão sensíveis aos problemas da demanda e que, de certa forma, estão amenizando as tensões que poderiam estar afetando, ainda mais, algum tipo de patologia dos usuários. Essa atitude dos médicos condiz com relato de autores acerca de que o acolhimento se refere à relação que se estabelece entre os diferentes tipos de usuários, os trabalhadores e os serviços de saúde através de uma relação humanizada e acolhedora⁸.

O significado atribuído pelo médico à Política Nacional de Humanização

“Levar a medicina preventiva e curativa às comunidades atendendo a usuários segundo os princípios do SUS: acessibilidade, integralidade, universalidade, ouvindo as sugestões dos usuários e levando-os a aderirem ao atendimento.” (Médico 5)

Ao analisar esse enunciado, entendemos que a construção do acolhimento passa a depender, em grande parte, da relação profissional/usuário. Nesse caso, concordamos com relato da literatura acerca de que a condição básica para a inflexão das ações de saúde consiste em privilegiar o diálogo. Assim, em se tratando da interação terapêutica, a tecnologia de ponta por si só não responde por todas as demandas do usuário. O elemento que faz emergir na cena do cuidado os riscos, as distorções, as disfunções e sofrimentos do usuário é o acolhimento⁹.

Em se tratando do processo de humanização, esse depende, dentre outros fatores, de uma escuta qualificada e esta por sua vez implica a escuta profissional das queixas do usuário para identificar os riscos e situações problemáticas e procurar dar uma resposta ao problema¹⁰. Dessa forma, nesse estudo, confirma-se com estudo acerca de que um dos desafios da humanização no sistema de saúde brasileiro consiste em criar uma política de capacitação de recursos humanos para o exercício de diferentes atividades necessárias ao bom desempenho do sistema e dispo-

nibilizar o quantitativo necessário de profissionais para a realização dessas atividades⁸.

A ótica dos médicos sobre as dificuldades para a humanização da assistência

“Deficiências na estruturação do sistema de saúde local.” (Médico 6)

“Pouco tempo para a grande demanda e falta de agentes comunitários, dentista e assistente social. (Médico 11).”

“Sala de atendimento pequena para as atividades e falta de recursos materiais para algum tipo de urgência.” (Médico 12)

Quando da análise das dificuldades para a humanização da assistência, apreendemos a preocupação dos médicos com a re-estruturação da ambiência, o provimento dos recursos humanos e materiais necessários, aspectos esses que são fundantes no processo da humanização. Suas falas condizem com relato da literatura acerca de que a integralidade ainda é um conceito em construção, pois, ela é um direito que carece de demanda na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e o respeito ao usuário primando pelo atendimento de suas demandas e necessidades¹¹. A humanização depende da resolubilidade da equipe e dos serviços por meio de discussões permanentes, capacitação da equipe, utilização de protocolos e na reorganização dos serviços¹⁰.

Alguns autores relatam que a avaliação da efetividade da atenção em saúde encampa quatro dimensões do acolhimento, quais sejam: 1) acesso geográfico e organizacional; 2) postura – que implica escuta, atitude profissional-usuário e relação intra-equipe; 3) técnica – que envolve trabalho em equipe, capacitação dos profissionais e aquisição de tecnologias, saberes e práticas; e 4) reorientação de serviços, o que requer um projeto institucional, supervisão e processo de trabalho⁹.

A definição de acolhimento segundo o enfermeiro

“Acolher é desde receber até o direcionar para a solução tendo o outro como um ser humano. É o ato de receber o usuário na unidade de saúde

prestando-lhe as informações necessárias. Dar atenção ouvindo o paciente e disponibilizando tempo para essa pessoa.” (Enfermeiro 13)

Ao se reportarem à interação positiva entre usuário e profissionais de saúde, os enfermeiros remetem à idéia de que é preciso que esses dois sujeitos primem pela formação de um vínculo. Essa vinculação tem o poder de aproximar as relações de tal forma que ocorre a sensibilização do profissional em relação às necessidades do usuário, possibilitando a intervenção¹².

Em relação ao conceito acolhimento, percebe-se a preocupação desses enfermeiros com a humanidade do usuário e com a resolutividade do seu problema de saúde. Consoante relato da literatura¹³ apreendemos que o enfermeiro do PSF tem dificuldade para implementar ações de promoção da saúde, mas tem atuação relevante na melhoria das condições de saúde da população adstrita desenvolvendo ações preventivas e curativas. Nesse sentido, o enfermeiro estabelece vínculos com as famílias à medida que visita o usuário em domicílio e pratica o acolhimento.

O significado atribuído pelo enfermeiro à Política Nacional de Humanização

“Programa implantado recentemente que visa melhorar a qualidade da assistência na saúde promovendo interação positiva entre profissionais e usuários. Entretanto, tem funcionamento notório apenas em algumas instituições.” (Enfermeiro 18)

A fala do enfermeiro é condizente com o que mostra a literatura que a PNH é um processo complexo, demorado e amplo, passível de resistência, por parte dos trabalhadores, visto que exige mudanças comportamentais que podem ser permeadas pelos sentimentos de ansiedade e medo¹⁴. Outros aspectos da resistência à PNH dizem respeito ao sentimento de segurança inerente aos padrões conhecidos e ao fato dos novos padrões não terem características generalizáveis, pois não estão prontos nem em decretos, nem em livros.

Considerados esses aspectos, entendemos que a humanização da assistência precisa de maior divulgação e esclarecimentos entre as equipes de trabalhadores para que a sua proposta se torne uma diretriz consensual de trabalho e consiga diminuir as possíveis resistências.

A ótica dos enfermeiros sobre as dificuldades para a humanização da assistência

“O provimento dos recursos depende de outros setores e pessoas para garantir uma melhora na qualidade da assistência e em alguns casos falta sensibilização dos profissionais.” (Enfermeiro 9)

“Os exames solicitados e necessários para o esclarecimento diagnóstico demoram ou não são realizados.” (Enfermeiro 14)

“Falta o resgate da equipe para a humanização e para a referência e contra-referência de qualidade.” (Enfermeiro 15)

Verificamos que existe uma preocupação dos enfermeiros em relação à busca de soluções para os problemas da comunidade. E a compreensão que o atendimento qualificado depende de uma atenção bem dirigida aos problemas de infra-estrutura e funcionamento do SUS e aos problemas dos usuários. E que o acolhimento é um fator relevante na assistência e na avaliação dos usuários e respectivas famílias. Para os enfermeiros a descontinuidade no atendimento se constitui grave elemento a ser combatido, pois implica postergação de exames e encaminhamentos.

Emerge da fala dos enfermeiros, a necessidade de trabalhar a atitude dos profissionais de saúde, objetivando deixar de pensar e falar do doente como se fosse um mero objeto de cuidados terapêuticos. A humanização da assistência, consoante autores¹⁵, começa com o conceito da saúde como bem-estar do indivíduo, da pessoa doente, que é promovido em todas as dimensões: física, mental, social e espiritual. Concepção esta que se estende também às demais áreas de atuação.

As lacunas da humanização segundo a percepção dos usuários

“Deveria ter disposição de bebedouros para os usuários e melhor atendimento para marcação de exames e para recebê-los. Precisa ouvir os usuários, saber receber melhor quem precisa de atendimento e equipamentos de entretenimento para melhor comodidade.” (Usuária 15)

“O espaço é insuficiente para o atendimento.” (Usuária 7)

“Deveria melhorar a organização dos atendimentos, o médico falta muito, gostaria que ele estivesse mais presente e ter vaga para todos que precisam, pois temos que madrugar para sermos atendidos. Seria bom que os recepcionistas tratassem melhor os pacientes ou então fossem substituídos.” (Usuário 52)

A percepção de alguns usuários em relação à ambiência e à interação profissional-usuário corrobora com a fala dos médicos e enfermeiros acerca das lacunas da humanização nas UBSF do município alvo desse estudo. E, como já afirmado, essas lacunas se constituem desafio que o SUS precisa equacionar. Em relação à postergação do atendimento, a PNH orienta que o horário e agenda de atendimento sejam expandidos e flexibilizados; que o sistema de cuidado/atenção domiciliar seja ampliado; que os casos acolhidos, não agudos, possam ser agendados com vários dias de antecedência e os casos agudos atendidos em minutos¹⁵.

A ausência de bebedouro para os usuários se configura como uma prática geradora de incômodo e desconforto e expõe uma vulnerabilidade do SUS. Acreditamos que os usuários, além de desconhecerem a PNH, desconhecem seus direitos de cidadãos.

Outra lacuna, citada pelos usuários, que precisa ser analisada pelos gestores é o absenteísmo. A falta ao trabalho decorre da influência de múltiplos fatores, intrínsecos ou extrínsecos ao trabalho, que exercem ação sobre o trabalhador tornando o absenteísmo um problema de alta complexidade, dado que o trabalho da equipe se desorganiza, ocorre insatisfação dos trabalhadores e dos usuários dos serviços¹⁶. Além de que, a qualidade dos serviços, os interesses da instituição e os direitos dos usuários são afetados.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo sinalizam que alguns profissionais de saúde têm conhecimento da existência de uma política de humanização da assistência. E que os enfermeiros estão mais informados acerca dos princípios desse paradigma.

Enfermeiros e médicos se mostram preocupados por não terem meios suficientes para a realização concreta do acolhimento, contudo pode-se afirmar que, apesar das limitações institucionais, profissionais e sociais relatadas pelos participantes desta pesquisa, eles vivenciam diariamente esta prática da forma mais humana de sua concepção, pois, no contexto social em que trabalham, além de acolher os usuários, são obrigados, também, a acolher os problemas sociais.

Os profissionais afirmam dificuldades para o acolhimento no exercício da sua prática, sendo que, enquanto os médicos procuram justificar as lacunas da atuação em função da ambiência e da inexistência de um tempo hábil que possibilite o cuidado humanizado, os enfermeiros apontam a impessoalidade como entrave à prática da humanização e acolhimento, o que contribui para que o cuidado dispensado ao usuário não dê respostas adequadas às suas demandas e necessidades. Os usuários se mostram, em parte, satisfeitos com as condições de atendimento oferecidas pelas unidades, e apontam limitações acerca da ambiência e do acolhimento.

Conforme os dados elencados nesse estudo pode-se afirmar que, em Campina Grande-PB, houve conquistas no campo da saúde devido à ampliação do número de PSF, à prestação de assistência de saúde pautada na PNH por uma parcela significativa de profissionais e à conseqüente redução da insatisfação dos usuários do sistema em relação ao acolhimento. Entretanto, persistem desafios que precisam de resolução, a exemplo dos aspectos negativos da ambiência, do desinteresse de alguns profissionais pela PNH e do absenteísmo. Assim, percebemos a necessidade de continuidade de educação permanente dos profissionais de saúde e de ações de regulação e avaliação do trabalho das equipes de saúde e maior desempenho do controle social de modo a ensejar a implantação da PNH em todos os PSF do município.

Ao considerar o contexto do sistema de saúde do município no decurso desse estudo, sugerimos a realização de novas pesquisas para confirmar ou refutar os resultados ora encontrados.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

2. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., 2005 out/dez; 5(4):493-503.
3. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. Rev. Latinoam. Enfermagem 2000 ago; 8(4):30-7.
4. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética 1996; 4(supl.):15-25.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
7. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Latinoam Enfermagem. 2005; 13 (1):105-11.
8. Moraes MST. Acolhimento como estratégia de humanização no cuidar de enfermagem do PSF: discurso de enfermeiras [dissertação]. João Pessoa: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2005.
9. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 49-84.
10. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília; 2004. [on line]. [acesso 2006 abr. 9]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>.
11. Pinheiro R, Silva JPV, Machado FRS. Necessidade, demanda e oferta: algumas contribuições sobre sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. Saúde Debate, 2003; 27(65):234-42.
12. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade

- na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 65-112.
13. Vasconcelos AC, Moura ERF. Percepção do papel desempenhado pela enfermeira de um PSF segundo a ótica do usuário. *Rev.RENE* 2007 jan/abr; 8(1):9-16.
 14. Beck CLC, Gonzales RMB, Denardin JM, Trindade LL, Lautert L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* 2007; 16(3): 503-10.
 15. Mota RA, Martins CGM, Veras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicol Est* 2006; 11(2):323-30.
 16. Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD´Arc, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Rev. Bras. Epidemiol* 2007; 10(3): 401-9.

RECEBIDO: 19/11/2007

ACEITO: 19/02/2008