

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UNOCHAPECÓ
E ASSOCIADAS**

EVANISE RODRIGUES DOS REIS

**A HUMANIZAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE OS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

EVANISE RODRIGUES DOS REIS

**A HUMANIZAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE OS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Modalidade Interinstitucional UFSC/Unochapecó e Associadas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Betina H. Schindwein Meirelles

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

R375h Reis, Evanise Rodrigues dos

A humanização nas relações entre os profissionais de enfermagem e usuários da estratégia saúde da família [dissertação] / Evanise Rodrigues dos Reis ; orientadora, Betina Hörner Schlindwein Meirelles. - Florianópolis, SC, 2010.

143 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Equipe de enfermagem. 4. Família - Saúde e higiene. 5. Relações humanas. I. Meirelles, Betina Hörner Schlindwein. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

EVANISE RODRIGUES DOS REIS

**A HUMANIZAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE OS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E OS USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 25 de fevereiro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles
Presidente



Dra. Maria Elisabeth K. da Silva
Membro



Dra. Maria de Fátima M. Zampieri
Membro

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Vice-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento da Universidade Comunitária Regional de Chapecó – Unochapecó, pelo esforço em trazer o Curso de Mestrado em Enfermagem, na modalidade interinstitucional, para a nossa universidade, tornando assim possível para eu cursá-lo, realizando um sonho profissional.

À professora Dra. Maria Elizabeth Kleba, coordenadora local do MINTER, pela atenção, carinho e dedicação durante toda a minha trajetória para concluir o curso.

A todas as colegas professoras da Unochapecó, especialmente do curso de Enfermagem, pelo carinho, amizade e estímulo.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo constante empenho na elevação e divulgação do saber a todos da enfermagem de Santa Catarina e conseqüentemente do Brasil.

À minha orientadora, professora Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles, pela sua incansável paciência, dedicação, carinho, disponibilidade e contribuições no seguimento desta jornada. Sua amizade me fortificou e alavancou muitas vezes durante minha trajetória, obrigada.

Às colegas de mestrado, que tanto compartilharam e contribuíram para esta realização.

Às professoras membros das bancas examinadoras, pelas contribuições nos meandros e na finalização desta pesquisa.

A todas as colegas do grupo de pesquisa NUCRON, cujo companheirismo, incentivo e apoio durante minha jornada no mestrado tanto me fortificaram.

À Secretaria de Saúde de Chapecó, na pessoa do secretário de Saúde Sr. Nemésio Carlos da Silva, às coordenadoras do Serviço de Enfermagem, Enf^a Larissa H. T. Tombine, Enf^a Cristiane Freire de Ávila, Enf^a Vanessa T. L. Cortina, à gerente de Enfermagem da Atenção Básica, Enf^a Fernanda Metelski e à Enf^a Lovani Cericato, que acompanharam meu percurso nesta pesquisa, pelo apoio, compreensão e

incentivo.

A todos os meus colegas do Pronto Atendimento do Centro, que compartilharam minhas ansiedades e expectativas, muito obrigada pelas palavras de amor e carinho e por entenderem e manterem a qualidade do serviço em minhas ausências.

A todos os profissionais do Centro de Saúde da Família Dr. Rubens Carvalho Rauen, especialmente aos profissionais de enfermagem, pelo acolhimento, interesse e participação durante todo o tempo de minha pesquisa.

Ao meu pai, Blauro, à minha mãe, Anália, que com grande esforço construíram as bases da vida que usufruí e que com seus exemplos e orientação no seu decorrer me lapidaram e tornaram possível a liberdade de minhas escolhas e assim a conquista de um espaço pleno de realizações e felicidades. Ao meu irmão, Blauro, a cumplicidade e o carinho sempre presentes. Aos três agradeço, dedico e divido este momento (em memória).

À minha irmã, Marlei, minha cunhada, Sueli, meu cunhado, Luis, aos sobrinhos e afilhados: Gabriel, Luciana, Cristiane, Maurício, Eduardo e Gustavo, que hoje, mesmo distantes, participaram da minha formação e da minha vida, aos quais devo o que sou, e que na maior parte do tempo se fizeram presentes com palavras de apoio, atenção e estímulo, meus agradecimentos. Nada seria possível sem a existência de vocês em minha vida.

À minha querida filha, Raíssa, que tanta ajuda deu, entendendo minhas ausências e o pouco tempo que tive para me dedicar e compartilhar de sua vida. Agradeço a todo teu esforço, companheirismo, amor e carinho para que eu chegasse ao final desta jornada.

A todos agradeço, dedico e compartilho minha vitória.

REIS, Evanise Rodrigues dos. **A humanização nas relações entre os profissionais de enfermagem e usuários da Estratégia Saúde da Família**. 2010. 143 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

Esta pesquisa teve o objetivo de compreender as relações entre os profissionais de enfermagem e os usuários de uma equipe nas ações da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da humanização, no município de Chapecó (SC). Trata-se de um estudo exploratório descritivo, pautado na abordagem qualitativa. Fizeram parte deste estudo todos os profissionais das equipes de enfermagem que atuam na unidade básica de saúde e pertencem às equipes da Estratégia Saúde da Família, perfazendo dez; e cinco usuários da Estratégia de Saúde da Família atendidos durante o período de coleta de dados. Os dados foram coletados através de observação participante e entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi realizada segundo a análise de conteúdo, temática, proposta por Bardin (2008). O tema foi utilizado como unidade de registro. O critério de categorização foi semântico, buscando classificar o que os elementos têm em convergência de ideias com outros. Foram consideradas as diretrizes do Humaniza SUS como referencial teórico, o que levou à formulação das seguintes categorias de análise: *Compreendendo a humanização em saúde*; *O reconhecimento das diretrizes do PNH*; *A humanização nas relações entre equipe de enfermagem e usuários*; e *Os limites e potencialidades na humanização das relações no serviço*. Quanto ao perfil dos participantes, concluiu-se: os profissionais de enfermagem são do sexo feminino e encontravam-se na faixa etária entre 26 e 50 anos, sendo três enfermeiras e a maioria era de técnicas de enfermagem. O

tempo de trabalho variou de três meses a 25 anos. Os usuários da UBS pesquisada tinham idade variável de 23 a 57 anos, sendo dois homens e três mulheres; apenas uma era solteira. A maioria era católica e tinha como nível de escolaridade o ensino fundamental. Todos os usuários pesquisados residiam no bairro e frequentavam regularmente a ULS para ações de promoção, tratamento e recuperação da saúde. A primeira categoria, *Compreendendo a humanização*, evidenciou que os participantes têm conhecimento sobre o tema, apesar de demonstrarem a necessidade de aprofundá-lo. Esta conceitualização foi discutida sob duas vertentes: o acolhimento e a atenção nos serviços e a produção da saúde e de sujeitos. A categoria *O reconhecimento das diretrizes do PNH* foi discutida a partir da organização e otimização dos serviços como forma de melhorar as relações (integralidade da atenção e gestão); o protagonismo dos sujeitos; e o modelo de atenção: responsabilização e vínculo. Na terceira categoria, *A humanização nas relações entre equipe de enfermagem e usuários*, realçaram-se os encontros formais e informais para troca de saberes, para, assim, garantir o fomento do conhecimento e uniformidade nas ações, bem como aumentar o reconhecimento entre os profissionais, gerando maior aproximação entre eles, melhora da autoestima e maior valorização profissional. As relações que se estabelecem são permeadas pelo acolhimento e produção de sujeitos. Na quarta categoria, *Os limites e potencialidades na humanização das relações no serviço*, emergiram situações que influenciam no trabalho humanizado. Essas questões devem ser refletidas e aprofundadas no sentido de enobrecer as relações, potencializando a humanização. Existe o potencial das equipes para a qualidade crescente das relações entre todos os atores envolvidos. Pode-se concluir que as diretrizes da Política Nacional de Humanização foram evidenciadas na realidade pesquisada, considerando que houve: a proposta da clínica ampliada; a valorização do trabalho e do trabalhador; a defesa dos direitos do usuário; a preocupação com mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde, com a possibilidade de co-gestão; a preocupação com a valorização da autonomia; coresponsabilidade e protagonismo dos sujeitos; e, ainda, o reconhecimento do acolhimento como importante ação humanizadora e de construção das relações entre as pessoas. Há propostas de uma nova relação entre usuários e profissionais

de saúde. É importante a compreensão da importância dessas relações como necessárias para que ambos se desenvolvam, profissionais e cliente/usuário dos serviços. A ação de enfermagem implica um tipo especial de encontro de pessoas. Nesse sentido, a enfermagem assume um papel importante no processo de humanização das relações nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Enfermagem. Equipe de Enfermagem. Saúde da Família. Relações Interpessoais.

REIS, Evanise Rodrigues dos. **Humanization in the relations between nursing professionals and users of the Family Health Strategy**. 2010. 143 p. Dissertation (Masters in Nursing) - Postgraduate Studies in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Santa Catarina Federal University), Florianópolis, 2010.

Advisor: Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Line of research: The care and the process of living, being healthy and getting sick

ABSTRACT

This research had as its objective to understand the relationships between nursing professionals and the users of a team in the actions of the Family Health Strategy from the perspective of humanization in the municipality of Chapecó (SC). This is a descriptive exploratory study, based on a qualitative approach. Study participants taking part came from all professional nursing teams working in the basic health care unit and belong to the teams of the Family Health Strategy, amounting to ten, and of five users of the Family Health Strategy who were attended to during the period of data collection. Data was collected through participant observation and semi-structured interviews. Data analysis was performed according to content analysis, and theme, as proposed by Bardin (2008). The theme was used as the unit of record. The criteria were of semantic categorization, which attempted to classify what the elements have in the convergence of ideas with others. The guidelines of Humaniza SUS were considered as a theoretical reference, which led to the formulation of the following categories of analysis: *Understanding humanization in health care; Recognition of the NHP guidelines; Humanization in the relationship between nursing staff and users, and Limits and potentialities in the humanization of relations in the service*. As to the profile of the participants, it was concluded that: the nursing staff are female and were aged between 26 and 50 years of age, being of three nurses and the majority of nursing technicians. The working times ranged from three months to 25 years. The Basic Health Unit (BHU) users surveyed had ages ranging from 23-57 years of age,

being of two men and three women, and only one was single. Most were Catholic and were educated to elementary school level. All users surveyed lived in the neighborhood and regularly attended the Basic Health Unit (BHU) for the promotion, treatment and rehabilitation of health. The first category, *Understanding humanization*, showed that the participants have knowledge on the subject, although they showed the need to improve it. This conceptualization was discussed in two parts: the reception and care in services and the production of health and subjects. The category *Recognition of the guidelines of the NHP* was discussed from the organization and optimization services as a way to improve relations (comprehensive care and management), the roles of the subjects, and the model of care: liability and bonding. In the third category, the *Humanization of the relationship between nursing staff and users*, pointed to formal and informal meetings for the exchange of knowledge, to thereby ensure the promotion of knowledge and consistency in actions, as well as raising the awareness among professionals, creating closer ties between them, improved self-esteem and greater professional development. The relationships established are permeated by the collection of and production of subjects. In the fourth category, *Limits and potentialities in the humanization of relations in the service*, emerged from situations that influenced humanized work. These issues should be reflected on and studied in greater depth in order to ennoble relations, increasing humanization. There exists the potential for staff in increasing the quality of relations among all actors involved. It can be concluded that the guidelines of the National Humanization Policy were found in the reality studied, considering that there was: the proposal of the expanded clinic, the upgrading of worker and work, the defense of the rights of the user, the concern with changes in model management and health care, with the possibility of co-management, the concern with the valuation of autonomy; the co-responsibility and roles of the subjects, and also the recognition of giving attention as an important humanizing action, and the building of relationships between people. There are proposals for a new relationship between users and health professionals. It is important to understand the importance of these relationships as necessary to develop both professional and client/user services. The nursing action involves a special kind of encounter with people. In this sense, nursing

has an important role in the process of humanization of relations in health services.

Keywords: Humanization of Assistance. Nursing. Nursing Staff. Family Health. Interpersonal Relations.

REIS, Evanise Rodrigues dos. **La Humanización de las Relaciones entre los Profesionales del Enfermería y Usuários de la Estrátégia Salud de la Família**, 2009. Disertación (Mestrado en Enfermería) – Curso de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 143 p.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles

Linea de Pesquisa: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y enfermería

RESUMEN

Esta pesquisa tuvo el objetivo de comprender las relaciones entre los profesioles de enfermería y los usuarios de un equipo, en las acciones de la Estrategia Salud de la Família, en la perspectiva de la humanización en el município de Chapecó (SC). Se trata de un estudio exploratório descriptivo, pautado en el bordaje cualitativa. Los participantes del estudio de todos los equipos profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de atención primaria de salud y pertenecen a los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia, que asciende a diez, y cinco usuarios de la Estrategia de Salud de la Familia en cuenta durante el período de recopilación de datos. Los datos fueron recolectados a través de la observación participante y entrevistas semiestructuradas. Los datos fueron analizados mediante análisis de contenido, temas, propuestas por Bardin (2008). El tema fue utilizado como unidad de registro. Conforme a este criterio de categorización semántica, que intentó clasificar los elementos tienen en la convergencia de ideas con los demás. Se consideraron las directrices del SUS humanización como teóricos, que condujo a la formulación de las siguientes categorías de análisis: *Comprensión de la atención de la salud humana, Reconocimiento de las directrices de la HPN; Humanización en la relación entre la enfermería y los usuarios, y Los límites y potencialidades en la humanización de las relaciones en el servicio.* Como el perfil de los participantes, se concluyó: el personal de enfermería son mujeres y tenían entre 26 y 50 años, tres enfermeras y la mayoría eran las técnicas de enfermería. El tiempo de trabajo varió de tres meses a 25 años.

Los usuarios encuestados habían UCP edades comprendidas entre 23-57 años, dos hombres y tres mujeres, sólo uno era único. La mayoría eran católicos y se educó en la escuela primaria. Todos los usuarios encuestados viven en el barrio y asistía con regularidad a la ULS para la promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud. La primera categoría, Comprensión de humanización, mostraron que los participantes tengan conocimientos sobre el tema, a pesar de que mostró la necesidad de profundizarla. Esta conceptualización se discutió en dos partes: la recepción y atención de la salud y la producción y materias. La categoría Reconocimiento de las directrices de la Política Nacional se discutió de la organización y optimización de servicios como una forma de mejorar las relaciones (atención integral y de gestión), los papeles de, y el modelo de atención: la responsabilidad y la vinculación. En la tercera categoría, La humanización de la relación entre la enfermería y los usuarios, se refirió a las reuniones formales e informales para intercambiar conocimientos, para garantizar con ello la promoción del conocimiento y la coherencia en las acciones, así como sensibilizar a los profesionales , la creación de lazos más estrechos entre ellos, la mejora de la autoestima y un mayor desarrollo profesional. Las relaciones establecidas están impregnados por el anfitrión y la producción de los sujetos. En la cuarta categoría, Los límites y potencialidades en la humanización de las relaciones en el servicio de salir de situaciones que el trabajo de la humanidad influencia. Estas cuestiones deben reflejarse y profundizó las relaciones con el fin de ennoblecer, el aumento de la humanización. Existe el potencial del personal para la calidad creciente de las relaciones entre todos los actores involucrados. Se puede concluir que la Política Nacional de Humanización se encontraron en la realidad estudiada, mientras que hubo: una propuesta de ampliación de la clínica, el perfeccionamiento de los trabajadores y el trabajo, los derechos de los usuarios; preocupación por los cambios en el modelo gestión y atención de la salud, con la posibilidad de co-gestión, la preocupación por la valoración de la autonomía, corresponsabilidad y las funciones de, y también el reconocimiento de la vivienda como medida importante la humanización y la construcción de las relaciones entre la personas. Hay propuestas para una nueva relación entre los usuarios y profesionales de la salud. Es importante entender la

importancia de estas relaciones es necesario para el desarrollo profesional y cliente/servidor de los servicios. La acción de enfermería implica un tipo especial de conocer gente. En este sentido, la enfermera juega un papel importante en el proceso de humanización de las relaciones en los servicios de salud.

Palabras-clave: Humanización de la asistencia. Enfermería. Equipo de enfermería. Salud de la Familia. Relaciones Interpersonales.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Profissionais de enfermagem participantes da pesquisa, Chapecó (SC), 2009.	56
Tabela 2 - Usuários do serviço de saúde participantes da pesquisa, Chapecó (SC), 2009.	57

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ESF - Estratégia Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PSF – Programa Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	16
LISTA DE SIGLAS	17
INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3 REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1 HUMANIZAÇÃO E AS RELAÇÕES NOS PROCESSOS INTERATIVOS EM SAÚDE E ENFERMAGEM.....	27
3.1.1 Humanização em Saúde e Enfermagem	30
3.2 O SUS E A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	32
4 REFERENCIAL TEÓRICO	43
4.1 HUMANIZA SUS	43
5 METODOLOGIA	53
5.1 TIPO DE ESTUDO	53
5.2 LOCAL DO ESTUDO	53
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	54
5.3.1 Apresentação dos Sujeitos da Pesquisa	55
5.4 PROCESSO DE COLETA DE DADOS	57
5.4.1 Entrada em Campo	57
5.4.2 Coleta de Dados	58
5.5 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS	60
5.5.1 Organização dos Dados	60
5.5.2 Análise dos Dados	60
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	62
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
6.1 COMPREENDENDO A HUMANIZAÇÃO	64
6.1.1 O Acolhimento e Atenção no Serviço	65
6.1.2 Produção da Saúde e Produção de Sujeitos	71
6.2 O RECONHECIMENTO DAS DIRETRIZES DA PNH.....	77
6.2.1 Organização e Otimização dos Serviços como Forma de Melhorar as Relações	78
6.2.2 Protagonismo dos Sujeitos	88

6.2.3 Modelo de Atenção: Responsabilização e Vínculo.....	89
6.3 A HUMANIZAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM E USUÁRIOS.....	93
6.3.1 Acolhimento.....	94
6.3.2 Produção de Sujeitos.....	98
6.4 LIMITES E POTENCIALIDADES NA HUMANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES NO SERVIÇO.....	101
6.4.1 Limitações na Humanização das Relações.....	102
6.4.2 Potencialidades na Humanização das Relações.....	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS.....	127
APÊNDICES.....	135
ANEXO.....	142

INTRODUÇÃO

O tema central desta pesquisa é a humanização do cuidado em enfermagem na atenção básica. Segundo Santos (1999), humanizar é tornar humano. Consiste em ações de um ser humano buscando atender às necessidades do outro. Neste estudo, trata-se das relações que se estabelecem entre usuários e profissionais no cuidado à saúde.

No atendimento às necessidades do ser humano no âmbito da saúde, a humanização pressupõe considerar a essência do ser, respeitando a sua individualidade e a necessidade de construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime “o humano” das pessoas envolvidas. O que se espera em todo processo de atendimento humanizado é facilitar a pessoa vulnerabilizada a fortalecer seus potenciais e empoderá-la para enfrentar as dificuldades. (PESSINI et al., 2003).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), deu-se um importante passo na reestruturação do modelo de saúde em nosso País. Diante da necessidade de mudanças no atendimento do SUS, o Ministério da Saúde criou, em 2001, a Política Nacional de Humanização (PNH) e em 2003 surge a Política de Humanização da Atenção da Gestão em Saúde no SUS (Humaniza SUS). Com esta proposta, a humanização passa a ser definida como uma política, e não mais como programa, norteando princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores que integram a rede SUS. (SIMÕES et al., 2007).

A Política Nacional de Humanização surge em consonância com os princípios do SUS, que visam ao acesso e à atenção integral à saúde das pessoas, assim como à ampliação dos direitos e ao exercício de cidadania, levando em conta a necessidade não só de mudanças nos índices de saúde e doença, mas também nas inter-relações entre os membros das equipes de saúde e usuários.

Entre as políticas de atenção à saúde da população brasileira, uma estratégia que vem sendo desenvolvida no Brasil para a reorientação do modelo assistencial é a consolidação do Programa Saúde da Família. (BRASIL, 2000). Este é uma estratégia assistencial que se propõe a trabalhar com os princípios da vigilância à saúde, propondo uma atuação

interdisciplinar das equipes de saúde, com co-responsabilidade no cuidado à saúde da população que reside em sua área de abrangência. (BRASIL, 1997).

Hoje, denominada de Estratégia Saúde da Família, é uma das estratégias consideradas prioritárias para a reorganização da atenção primária à saúde no País. Ela provocou a reflexão das práticas em saúde e mudança de paradigmas e ações, basicamente reordenando a estrutura de atenção à saúde ofertada pela equipe. O programa vem recebendo investimentos públicos crescentes e ampliando a cada ano a sua cobertura populacional. (BRASIL, 2006a; 2006b).

Entre os trabalhadores da equipe da Estratégia Saúde da Família, destacamos os profissionais de enfermagem, que têm como papel a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde dos indivíduos e das famílias, intervindo e educando, buscando uma melhoria na qualidade de vida no seu território de atuação. (BRASIL, 2006b). A equipe de enfermagem é composta de enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem.

A humanização do atendimento da enfermagem na Estratégia da Saúde da família deve ocorrer a partir de uma relação investigativa e transacional, na qual os integrantes da equipe de enfermagem expressem uma consciência existencial de si e do outro, em uma visão em que a enfermagem e pacientes coexistem, sendo ao mesmo tempo dependentes e interdependentes. (LEOPARDI, 1999).

Teixeira (2005, p. 597) ressalta que “precisamos nos perguntar se nossas redes de trabalho afetivo têm contribuído para que os homens e as mulheres efetuem suas potencialidades” e assim possam praticar suas ações profissionais de maneira a sentirem-se fortalecidos no saber e na troca de experiências, participando e assumindo seu papel na transversalidade da gestão.

O cuidado de enfermagem acontece a partir da relação entre o profissional e o ser cuidado, pois, segundo George (2000), as práticas humanistas desenvolvem-se a partir das experiências vividas pela enfermagem e pela pessoa que recebe o cuidado.

Portanto, humanizar não é uma técnica, é uma mudança de comportamento e de ações frente aos usuários, que envolve o comprometimento, que implique em se colocar no lugar do outro,

a realização de pequenos gestos que fazem a diferença no cuidar e dessa forma, inevitavelmente, qualificar o atendimento. (SANTOS, 1999).

Nesse aspecto, Puccini e Cecílio (2004, p. 1351) relatam que

sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial pode ser desenvolvida, não apenas como superação de dicotomias das técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias. Nesse sentido, a humanização induz a pensar que não é possível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos de programação de 'oferta organizada' dos serviços.

Esse encontro deve ser como um verdadeiro elo entre seres bio-psico-socio-espirituais.

O termo humanização tem uma grande amplitude e várias compreensões. É um termo polissêmico. Tem a ver com a atenção integral, com o protagonismo dos sujeitos, com a valorização de suas necessidades, percepções, subjetividades, com relações horizontais, cuidado centrado no ser humano e não na técnica, direitos humanos, comunicação autêntica, acolhimento, relação dialógica, dignidade ao ser humano, postura ética, democratização dos saberes, ambientes humanizados e equipes humanizadas, envolvimento familiar. (Zampieri, 2006).

Diante dessas considerações, surge o interesse em pesquisar sobre essas questões durante o Curso de Mestrado em Enfermagem. Graduei-me em Enfermagem em 1977, lembro-me de que na ocasião não havia discussão sobre humanização, pois esta era considerada inerente à profissão do enfermeiro. Quando se falava em cuidado ao ser humano ou indivíduo, este era considerado como um ser bio-psico-socio-espiritual. Os anos

foram passando e nunca abandonei essa integralização durante minha prática profissional. Mas, pude sentir o quanto mudou a compreensão sobre esse tema, chegando mesmo a ser banalizado por algum tempo, no qual a prática tecnicista adquiriu supremacia.

No início de 2003, “a humanização ainda era menosprezada por grande parte dos gestores, ridicularizada por trabalhadores e demandada pelos usuários”. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 562). Há alguns anos, essa prática volta a assumir sua importância no pensar e realizar o cuidado de enfermagem em saúde de uma forma mais humanizada.

Contudo, como enfermeira, atuando em vários espaços, tenho observado que, ao planejarmos a assistência, preocupamo-nos com questões técnicas e científicas e, por muitas vezes, esquecemos a questão da subjetividade, da qualidade das relações para a manutenção da saúde, o cuidado ou recuperação de um ser humano singular e único, que deve ser respeitado em sua singularidade e multidimensionalidade. Muitas vezes, esquecemo-nos de perguntar o que é importante para ele e junto a ele planejamos as ações, de maneira que este “ser” sinta que pode realizar os atos e orgulhar-se de suas conquistas, a partir de uma relação de troca de saberes e experiências.

Assim, constatamos no cotidiano do nosso trabalho que, mesmo diante dos avanços científico-tecnológicos e da implantação das ações e políticas de humanização, ainda convivemos com um cuidado focado no modelo biomédico, que se centra nos aspectos físicos, sem considerar o ser humano na sua integralidade, com suas vivências e experiências.

Diante disso, surge o interesse em investigar a seguinte **questão de pesquisa**: Como se estabelecem as relações entre a equipe de enfermagem e os usuários da Estratégia Saúde da Família em uma UBS do município de Chapecó (SC) na perspectiva da humanização?

Para Oliveira *et al* (2001), devemos estabelecer uma interação humanística através do cuidado que reconheça a presença do outro como uma troca, suporte doação e preocupação. É um fazer voltado para o respeito, para a dignidade e a valorização do ser humano, a partir do momento em que o enfermeiro atua na compreensão das experiências vividas por aquele ser.

A humanização nos processos interativos requer da enfermagem uma maior habilidade de comunicação, sensibilidade e postura ética. Para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação. Nesse contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados. Além disso, é importante conhecermos a realidade do paciente, seus valores, crenças, família e limitações e, dessa forma, apropriarmos-nos desses conhecimentos importantes para a atuação do profissional enfermeiro.

Com relação à humanização nos espaços da atenção primária em saúde, foram realizados vários estudos, entre eles podemos citar o de Puccini e Cecílio (2004) que nos falam da qualidade nos serviços de saúde, valorizando o subjetivismo nas relações entre os sujeitos envolvidos nas ações de saúde. Ayres (2005) utiliza-se da hermenêutica para nos falar de interações nas quais a busca do ser humano para ser completo e funcional seja ampliada à escala de uma felicidade existencial mais abrangente e inclua de modo substantivo a reflexão dos saberes sobre humanização. Também Teixeira (2005), utilizando-se da metáfora do namoro, fala-nos da importância do diálogo vivido com afeto, na comunicação e, conseqüentemente, nas relações entre profissionais e usuários na humanização dos serviços de saúde. Simões *et al* (2007) identificaram em seu estudo que, na literatura nacional, a produção científica sobre humanização na atenção primária à saúde é pequena. Sugerem que mais pesquisas sejam realizadas com esse enfoque para que se possa a cada dia fortalecer e efetivar a PNH nas unidades de saúde. Campos (2005) coloca a humanização como uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. Zampieri (2006), ao estudar em sua tese de doutorado a humanização do cuidado no pré-natal, leva-nos à reflexão profunda sobre cuidados humanizados e nos embasa para uma mudança comportamental nas práticas profissionais em saúde.

A necessidade da atuação humanizada da enfermagem da Estratégia Saúde da Família, o aumento substancial do número de pessoas que procuram as unidades de saúde, o desconhecimento sobre como se estabelecem as relações entre

usuários e profissionais de enfermagem e as relações assimétricas entre os profissionais e usuários, a necessidade de maior compartilhamento dos saberes e de ações sobre humanização, somada ao imenso valor dessas práticas, justificam o desenvolvimento de estudos e da pesquisa proposta. Portanto, neste estudo, utilizamos as diretrizes propostas no HUMANIZA SUS, para fundamentar a pesquisa sobre as relações entre os sujeitos (profissionais e usuários) de um serviço de saúde.

Para Ayres (2005), é imprescindível conhecer e rever a compreensão dos discursos, principalmente dos que “instruem de modo tão decisivo as práticas de saúde, para identificar a presença de aspectos de interdição desse ideal e localizar as lacunas que reclamam novos conceitos ou conhecimentos para serem preenchidos”.

O (re)conhecimento das relações entre profissionais de enfermagem e usuários dos serviços de saúde propicia ações que venham potencializar as interações humanas no cuidar de forma mais humanizada. A partir das discussões e reflexões oriundas deste estudo, esperamos contribuir para que o processo de humanização possa ser mais bem compreendido na Estratégia Saúde da Família.

Assim, acreditamos que este trabalho possa ser relevante para a reflexão sobre as práticas de saúde desenvolvidas no cotidiano da enfermagem, possibilitando redirecionamento de ações e mudanças de atitudes.

Nossa maturidade profissional e emocional cresce dia a dia quando tomamos ciência de que a comunicação, permeada com o compromisso autêntico e o diálogo vivido, preenche uma lacuna que nos possibilita sermos mais felizes e crescermos como pessoas e como profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral desta pesquisa é compreender as relações entre os profissionais de enfermagem e os usuários de uma equipe nas ações da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da Humaniza SUS, de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Chapecó (SC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos desta pesquisa, traçamos:

- Descrever como ocorrem as relações entre a equipe de enfermagem e os usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) da UBS pesquisada, na perspectiva dos sujeitos implicados.
- Identificar as potencialidades e limites presentes nas relações entre a equipe de enfermagem e usuários da ESF, considerando as diretrizes do Humaniza SUS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HUMANIZAÇÃO E AS RELAÇÕES NOS PROCESSOS INTERATIVOS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Discorrer sobre humanização é extremamente desafiador, visto que, no decorrer de minha vida profissional, acompanhei por um período essa prática e pude observar que esse termo foi usado de maneira tão displicente por muitos profissionais, ao ponto de quase se banalizar. Na verdade, a humanização no cuidado é fundamental para fortalecer as relações e os potenciais dos seres humanos para fazerem escolhas, para decidir e “ser mais”. A humanização, no entanto, depende do saber de cada indivíduo nos mais diversos campos de conhecimento, de sua visão do mundo e local em que vive e atua profissionalmente e como cidadão.

Ao historicizar o tema, Houaiss (2001) define que, em 1752, o termo *humanizar* foi conceituado como tornar(-se) humano, dar ou adquirir condição humana; humanar(-se). *Humanização*, como termo, foi utilizado pela primeira vez em 1877, sendo entendido como o ato ou efeito de humanizar(-se), de tornar(-se) benévolo ou mais sociável. Etimologicamente é humanizar + -ção.

No sentido filosófico, Houaiss (2001) nos diz que o humanismo foi considerado, em 1899, como um conjunto de doutrinas fundamentadas de maneira precípua nos interesses, potencialidades e faculdades do ser humano, “destacando sua capacidade para a criação e transformação da realidade natural e social, e seu livre-arbítrio diante de pretensos poderes transcendentais, ou de condicionamentos naturais e históricos”. No século XX, o conceito de humanismo foi especialmente defendido pelo existencialismo sartriano e pelo marxismo ocidental, e rejeitado por Heidegger e pelos estruturalistas. (HOUAISS, 2001).

A teoria da enfermagem humanística, de Paterson e Zderad (1976 e 1979, tradução nossa), propõe que os enfermeiros, consciente e deliberadamente, abordem a prática de enfermagem como uma experiência existencial. Então, eles, fenomenologicamente, refletem sobre a experiência, absorvem

os estímulos que recebem, suas respostas, e aquilo que deduzem através de sua presença durante as ações. Acredita-se que a compilação e as sínteses complementares dessas experiências fenomenológicas ao longo do tempo irão construir e tornar explícita a ciência da enfermagem.

Segundo Abbagnano (1998, p. 518-519), o humanismo é qualquer movimento filosófico que considere como fundamento a natureza humana ou os limites e interesses do homem. É também visto por ele como o movimento literário e filosófico – que surgiu no início do século XIV na Itália, fundamental do Renascimento – que reconhece o valor do homem em sua totalidade e a tentativa de compreendê-lo em seu mundo, que é o da natureza e da história.

Pode-se discutir que a humanização traz vários aspectos que estão inter-relacionados e devem ser considerados, tais como: a dignidade humana, a subjetividade, a defesa da vida, a valorização do ser humano e a interdisciplinaridade.

Para Durozoi e Roussel (1993), de um modo geral, hoje é possível designar de *humanismo* qualquer atitude ou teoria que afirme que a dignidade humana é o valor supremo. Assim, deve ser tão buscada quanto defendida dos ataques procedentes dos poderes políticos, econômicos, religiosos. Dessa forma, eles enfocam a dignidade humana como um dos aspectos da humanização.

A humanização é entendida como valor quando resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor se define quando a humanização complementa os aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber. (BRASIL, 2001, p. 52).

Para Campos (2005), a humanização tem relação estreita com a defesa da vida e a cultura no sentido perfectivo, porque nos leva a pensar modos e maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde, pois quando respeitamos e somos respeitados em nossa individualidade nos sentimos parte do coletivo.

Segundo Schumacher (2000, p.15), “a humanização pode ter uma dimensão antropocêntrica, na qual o ser humano constrói o seu processo vital baseando-se em suas vivências e

diferentes formas de compreender e relacionar-se com o universo” como uma forma de perceber o cuidado na sua totalidade e valorizar o ser humano na sua unicidade. Mesmo com esse caráter subjetivo e individual, não podemos desconsiderar o contexto, pois conhecer o sujeito, a comunidade e seus valores facilita o entendimento/relações entre os sujeitos envolvidos.

Para muitos, a humanização depende de reestruturação de alguns valores e muitas vezes de mudanças nas atitudes, colocando-se no lugar do outro, comprometendo-se e multiplicando essas conquistas ao coletivo. Pois, a humanização só existe na medida em que aumenta o espírito comunitário, aumentando o comprometimento entre os homens.

Uma das atividades contempladas na ESF é a visita domiciliar, que propicia o conhecimento da realidade da população assistida (potencialidades e vulnerabilidades). Ela é um aspecto extremamente importante para nortear as ações e, dessa forma, incluir outros setores da sociedade e conseqüentemente outras categorias profissionais, como forma de oferecermos o cuidado que o paciente necessita. O caminho para construir a humanização do cuidado deve ser guiado constantemente pela interdisciplinaridade, pois não conseguimos vislumbrar mudanças no cuidado apenas sob a ótica de uma categoria profissional ou sob a ótica do usuário, mas nas inter-relações. (BARBOSA; RODRIGUES, 2004, p. 206).

Conforme Campos (2005), o trabalho em saúde se humaniza quando combina a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade de vida para as pessoas. Essa realização não acontece sem a participação ativa dos usuários, não há saber técnico que realize por si só esse tipo de integração. O autor ressalta ainda que a humanização depende da mudança das pessoas, da ênfase dada aos valores ligados à defesa da vida, da possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. Assim, a humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de compromisso de cada um.

A humanização é um processo complexo, demorado e amplo ao qual somos resistentes, pois necessita de mudanças comportamentais que podem ser permeadas pelos sentimentos de ansiedade e medo. Entretanto, se não for um processo singular, não será de humanização. Os padrões de

comportamento conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos padrões não estão prontos nem em decretos, nem em livros, não tendo características generalizáveis (BECK *et al.*, 2007, p. 509). Vencer as resistências e buscar a humanização dos processos de trabalho exige novos padrões de comportamento, reflexões e ações, tornando-se, assim, mais um desafio para as práticas em saúde e da enfermagem.

Atender às demandas complexas da humanização passa pela abertura e envolvimento dos diversos atores e setores sociais, em um processo interativo, que a enfermagem tende a agregar em suas práticas e teorizações.

3.1.1 Humanização em Saúde e Enfermagem

Ao propormos a discussão sobre humanização em saúde, âmbito no qual temos diferentes profissionais atuando, salienta-se que as relações em que existam solidariedade e apoio, quando os atores se unem para alcançar o mesmo objetivo, valorizando os processos interativos entre a equipe de saúde e usuários, são importantes para que a humanização aconteça. Nelas a criatividade desses atores leva a criar e recriar situações de convívio, valendo-se das vivências e dos saberes, gerando novos comportamentos.

Para Benevides e Passos (2005, p. 563), a humanização se apresenta como

estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.

Na busca pela humanização, é necessário constituir um sistema de saúde baseado em valores como a autonomia, a equidade e a integralidade da atenção, vendo o trabalhador de saúde, o paciente e seus familiares como cidadãos. Todos os envolvidos na assistência devem focalizar-se no diálogo, no respeito e na solidariedade. (BECK *et al.*, 2007).

Para Silveira *et al.* (2005, p. 127):

A humanização do cuidado em saúde não pode estar presente somente nos discursos dos que se dedicam a esta atividade, todas as ações que compõem este cuidado necessitam estar impregnadas de humanização. É importante que se mantenha a relação entre paciente e família, a qual tem um significado infinitamente maior para a sua recuperação, do que a possível relação estabelecida por ele com qualquer profissional da equipe.

Para Ayres (2005), o ideal de humanização, em uma perspectiva filosófica, pode ser genericamente definido como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins que constroem a base substantiva das experiências (fatos) em relação às quais podem ser construídos (contrafaticamente) os horizontes de felicidade associados à saúde, relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum.

Ao dirigirmos essa discussão para a enfermagem, embora de forma indireta, a humanização do paciente foi enfocada no século XIX por Florence Nightingale (1989 *apud* MATSUDA, 2003), em seu livro *Notas Sobre Enfermagem*:

Em vários momentos, a autora sugere maneiras para o melhor restabelecimento dos pacientes através da adoção de medidas ambientais proporcionadas pelas enfermeiras. Através dos seus escritos, percebemos que, naquela época, ainda que o foco principal da assistência fosse o ambiente, a humanização já estava implícita na atuação da enfermagem. (MATSUDA, 2003, p. 164).

A enfermagem é uma experiência vivida entre os seres humanos. Cada prática de enfermagem evoca e afeta mutuamente expressões e manifestações nas pessoas sobre sua capacidade e condição de existência. Para a enfermeira, isso implica uma maior responsabilidade pela sua condição e capacidade de ser. A expressão *enfermagem humanística* foi

cuidadosamente selecionada para designar esse exercício teórico, reafirmar e iluminar essa responsabilidade como inerente e fundamental a toda enfermeira com criatividade científica. Enfermagem humanística é mais que uma relação unilateral sujeito-objeto, tecnicamente competente e caridosa, realizada por uma enfermeira em benefício do outro. Em vez disso, nas ações da enfermagem existe uma relação transacional que é responsável pela reflexão, sendo assim baseada na consciência existencial do seu ser e do outro. (PATERSON; ZDERAD, 1976; 1979, tradução nossa).

Assim, a humanização requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional de enfermagem, pressupondo, além de tratamento e cuidado dignos, solidários e acolhedores, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. (BACKES *et al.*, 2007).

Nesse sentido, a discussão da humanização no campo da saúde deve considerar a maneira como o tema está intrinsecamente ligado ao processo de constituição do SUS no Brasil (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 563), que detalharei no próximo capítulo.

3.2 O SUS E A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

A implantação do SUS, com seus princípios e suas diretrizes de integralidade, equidade, autonomia, descentralização, direito à informação, participação e universalidade dos cuidados em saúde, traz novos valores e práticas para os serviços de saúde, com ênfase nos processos de humanização. Portanto, procuramos discutir como essa política se insere nesse novo sistema de saúde.

Benevides e Passos (2005, p. 563), em um breve resumo histórico a respeito do SUS, relatam:

Como sabemos, o SUS é o resultado de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira que aconteciam em meio a movimentos de resistência à ditadura militar. No campo da saúde, essa resistência se expressou no Movimento da Reforma

Sanitária, a partir do qual foram formulados os princípios de universalidade, equidade e integralidade da saúde na Constituição de 1988, como direito de qualquer cidadão e como dever do Estado. Os anos 60, 70 e 80, no Brasil, foram marcados por essas lutas que impunham não só a realocação das funções e deveres do Estado, como, também, os direitos dos homens.

A organização do Sistema de Saúde no Brasil, segundo Cordoní Jr. *et al.* (2001), desde o século passado, vem sofrendo mudanças que são acompanhadas de transformações econômicas, socioculturais e políticas.

A partir do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS/1987), conquistamos a aprovação na Constituição Federal, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), que estabelece que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado”. (CORDONI Jr. *et al.*, 2001, p. 8-9). São estabelecidos, a partir de então, os seguintes princípios e diretrizes: participação, equidade, descentralização, integralidade e universalização, preservação da autonomia, direito à informação pelo usuário, divulgação de informações dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, integração das ações de saúde, conjugação dos recursos das três esferas de governo, resolutividade e organização dos serviços. (BRASIL, 1990a).

Em 1990, são elaboradas e aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde que detalham os princípios, as diretrizes gerais e as condições para a organização e funcionamento do sistema: Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera de governo) (BRASIL, 1990a), e a Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990 (participação da comunidade e financiamento) (BRASIL, 1990b).

Assim, compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso inclui ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. (BRASIL, 1990a).

Desde a criação do SUS,

diversas pesquisas indicaram que as

unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, de forma resolutiva, oportuna e humanizada, podem resolver com qualidade, em cerca de 85%, os problemas de saúde da população. O restante das pessoas precisa, em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno número necessita de atendimento hospitalar. (BRASIL, 2000, p. 316).

Nesse contexto, o Programa Saúde da Família foi desenvolvido no Brasil para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Esse programa iniciou em 1994 com o objetivo de mudar o modo de organização da atenção básica à saúde vigente na época. Contribuíram para isso o resgate de valores profissionais e a capacidade de melhorar os indicadores de saúde e reordenar o modelo assistencial, em coerência com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) expressos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. (BRASIL, 2000).

O Programa Saúde da Família (PSF) visa mudanças do modelo assistencial. Assim, para compreendê-lo, precisávamos de um olhar diferente para o objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial que se caracterizava como uma estratégia que possibilitava a integração e promovia a organização das atividades em um território definido, com a intenção de oportunizar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. (BRASIL, 1997).

O Programa de Saúde da Família teve sua origem no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizado pelo Ministério da Saúde, em 1991, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na região Nordeste do Brasil. (BRASIL, 2003).

O PSF propunha, como ponto central para a organização do trabalho das equipes, que se estabelecessem vínculos e que se criassem laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. (BRASIL, 1997).

Sob essa ótica, a família passava a ser o objeto constante

de atenção a partir do ambiente onde vive, pois é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. Esse enfoque leva ainda a uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, conseqüentemente, à necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. (BRASIL, 1997).

Essas ações representavam desafios aos políticos e trabalhadores, pois tinham de sair das unidades de saúde e inserir-se no meio onde as pessoas viviam, trabalhavam e se relacionavam. (BRASIL, 1997).

O Programa de Saúde da Família tinha como objetivos: prestar assistência integral e contínua, com resolutividade e boa qualidade à população adstrita; intervir sobre os fatores de risco, tendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, utilizando-se para isso de práticas de saúde humanizadas com vínculo entre os profissionais da saúde e a população e também procurando parcerias para o desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento no processo saúde/doença e para a organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde fosse reconhecida como um direito de cidadania e expressão da qualidade de vida, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, 1997).

Atentando ao fato de que, como um programa, ele possui começo, meio e fim, mas sem desconsiderar todos os benefícios que as ações provenientes do PSF trouxeram à população, como também ao governo (redução dos custos e aumento dos benefícios aos usuários), França e Viana (2006) defendem que qualquer mudança que venha a acontecer seja para beneficiar aqueles que buscam o serviço, aumentando a qualidade e a oferta.

Para o alcance dos objetivos do PSF, é necessária a definição das atribuições dos membros da equipe. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), as atividades dos profissionais deveriam ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. As equipes de Saúde da Família deviam estar preparadas para: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis; identificar

os problemas de saúde e elaborar, com a participação da comunidade, um plano para enfrentar as causas do processo saúde/doença; prestar assistência integral e atender de forma contínua à demanda organizada ou espontânea, dando ênfase às ações de promoção à saúde; resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas observados, desenvolvendo processos educativos para a saúde voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos; promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados, dessa forma, tornando os indivíduos independentes e conhecedores de sua saúde. (BRASIL, 1997).

A Unidade de Saúde da Família é a porta de entrada no sistema local de saúde, sendo onde as equipes atendem aos usuários e elaboram suas ações para atender todo o seu território de atuação na comunidade: visita domiciliar, internação domiciliar (com intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente – só deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente a permitirem) e participação em grupos comunitários, utilizando-se de diferentes espaços, ou seja, no domicílio do paciente, nas escolas, empresas, fábricas, etc. (BRASIL, 1997).

As equipes de saúde do PSF eram compostas de, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. No entanto, com as características e demanda dos serviços de saúde, outros profissionais poderiam ser incorporados, como odontólogos, fisioterapeutas e psicólogos. (BRASIL, 2000). Elas eram constituídas por equipes multiprofissionais e suas ações deveriam ter caráter interdisciplinar e, assim, conseguir que o usuário fosse atendido em suas necessidades e complexidades da sua realidade social e comunitária.

Na equipe do PSF, o enfermeiro desenvolvia suas ações de trabalho na unidade de saúde, junto à equipe de profissionais, e, na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo às pessoas que necessitavam de atenção de enfermagem. (BRASIL, 1997).

As equipes do PSF eram compostas de um número menor de categorias profissionais e suas ações tinham também a finalidade de educar o usuário sobre seus direitos e deveres enquanto cidadão participante. Apesar de já estarem trabalhando em equipe multiprofissional, suas ações em saúde eram

fragmentadas, diminuindo a qualidade do trabalho, que estava longe de ser interdisciplinar e de favorecer maior participação dos usuários e maior grau de co-responsabilização no cuidado, comprometendo assim os princípios e as diretrizes básicas do SUS.

Para Campos (2005, p. 400), a reforma da atenção básica no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária, eram instrumentos poderosos para atingir essa mudança de comportamento. A construção de organizações que estimulassem os profissionais a considerar que lidavam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, tinham interesses e desejos com os quais se deviam compor era um caminho forte para se construir um novo modo de convivência.

A forma como era prestado o atendimento pelos profissionais nos serviços de saúde era um importante fator na avaliação dos usuários, superando inclusive o número de recursos humanos e materiais, pois a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores mais valorizados. (BRASIL, 2001).

Salientando que “é direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde”, é necessário esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, uma ação para disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado para garantir esse direito. Assim, o Ministério da Saúde lançou o “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar” (PNHAH). (BRASIL, 2001). Iniciou-se então uma proposta de humanização dos serviços de saúde através da rede hospitalar.

Certos de que “a eficiência técnico-científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde, quando desacompanhadas de princípios e valores como a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários, não são suficientes para a conquista da qualidade no atendimento à saúde”, propõem-se “um ser e fazer que se inspira numa disposição de abertura e de respeito ao outro como um ser autônomo e digno”. (BRASIL, 2001).

A implantação do PNHAH foi compartilhada pelas secretarias de saúde dos municípios que possuíam hospitais

participantes do programa com gestão plena do sistema. (BRASIL, 2001).

Nesses, até aqui, 15 anos de SUS, aconteceram avanços positivos, situações que precisam de outras respostas, e problemas que continuam sem solução, impondo a urgência de aperfeiçoamento do sistema ou de mudança de caminho. O acesso aos serviços e à saúde, com a falta de responsabilização de acompanhamento das necessidades dos usuários, permanece com graves lacunas. Soma-se ainda a “desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente”, falta de humanização entre os profissionais, “pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários”. (BRASIL, 2004b).

Na avaliação dos serviços, chamava a atenção “o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe”, como também “a presença de modelos de gestão centralizados e verticais desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho”. (BRASIL, 2004b, p. 8). Como vimos, trabalhar humanizadamente requer preparo para o desenvolvimento das ações, requer um ambiente humanizado e um cuidador humanizado.

A valorização do sujeito, da solidariedade e das relações mais harmônicas e horizontais entre os profissionais e usuários se estende ao SUS como um todo, constituindo-se não mais em um programa, mas em uma política denominada de HUMANIZA SUS (BRASIL, 2004b), que será discutida com mais profundidade no capítulo subsequente, pois se constitui referencial teórico desta pesquisa.

Na atenção básica, devemos considerar o sujeito como um ser singular, complexo e integral em seu local de inserção sociocultural e com ele buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006a). Mas ainda encontramos situações onde o usuário se defronta com longas filas, adiamento das consultas, demora em alguns exames, impessoalidade e fragmentação nos atendimentos.

Mudar o modo como os profissionais de saúde concebem o usuário do serviço de saúde (da lógica caritativa à construção da cidadania) compõe ainda um desafio. Seguidamente,

encontramos atitudes que “infantilizam” o doente e outras que mantêm os trabalhadores fechados em seu próprio saber, demonstrando dificuldade para abrir-se à escuta do outro e ao estabelecimento de vínculo. (CASATE, 2005).

Na intenção de aprimorar continuamente o SUS, em 2006, surge o “Pacto pela Vida”, que definiu como prioridade consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. (BRASIL, 2006a). De acordo com essa portaria, o atendimento deve ser permeado pelas ações de humanização da assistência (acolhimento, diálogo, interação humana nas relações, adequação dos serviços à cultura local, sensibilização da equipe aos problemas sociais, local de trabalho acolhedor e confortável tanto para o usuário como para o trabalhador).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006a). Assim, a Atenção Básica constitui-se por um conjunto de ações de saúde, no sentido individual e coletivo, que contemplam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida pelo exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, levando em conta as mudanças existentes no território em que vivem essas populações. Utiliza-se de tecnologias a seu alcance para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e deve se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006a).

Para a implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família, é necessária a existência de equipe multiprofissional responsável por de três mil a quatro mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, sendo que essas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. (BRASIL, 2008a).

Com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes, cada equipe deverá ser composta de: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. (BRASIL, 2006a).

Torna-se evidente a intenção política de fortificar o SUS em todos os seus seguimentos, incentivando a novas práticas no processo de fazer saúde.

Para garantir que a sistematização de ações seja alcançada, todos os profissionais da equipe devem: planejar e participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe; realizar os cuidados em saúde e de educação permanente, utilizando-se das ações de atenção integral na promoção, prevenção e recuperação, garantindo assim integralidade e intersectorialidade em qualquer espaço social da população adstrita, utilizando-se de todos os protocolos e normas estabelecidas; mobilizar a participação da comunidade, estabelecendo parcerias para potencializar ações intersectoriais; responsabilizar-se, mantendo a coordenação dos cuidados e garantindo a qualidade dos registros nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; priorizar as ações conforme as necessidades locais. Isso deve acontecer sempre com escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. (BRASIL, 2006b).

Com o aumento de profissionais em número e formação na equipe multiprofissional e a maior participação dos usuários, crescem as oportunidades de troca de saberes entre todos os integrantes, aumentando as chances da interdisciplinaridade e assim de um atendimento mais abrangente e qualificado, ampliando a responsabilidade de cada membro da equipe e dos usuários. O profissional enfermeiro amplia seu espaço de atuação nessa equipe de trabalho, podendo então se utilizar dos saberes inerentes à sua profissão com maior liberdade de ação e criatividade, assumindo seu papel de co-gestor no processo de cuidar e trabalhar junto à equipe.

Conforme a Portaria nº 648 (BRASIL, 2006a), a equipe de enfermagem tem atribuições específicas. As atribuições gerais do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família contemplam:

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento,

reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.
- Quanto aos auxiliares e aos técnicos de enfermagem, eles têm como atribuições na equipe:
- Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Com todas essas leis e portarias, observa-se que, desde a implantação do SUS, o Ministério da Saúde demonstra a necessidade de conscientização e a aplicação de um processo de maior interação humana entre os profissionais de enfermagem e usuários, visando à melhoria da assistência prestada à população brasileira.

Para humanizar, precisamos pensar “na produção de saúde e na produção de sujeitos”. Assim,
aumentar o grau de co-responsabilidade dos

diferentes atores que constituem a rede SUS na produção da saúde implica em mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho. (BRASIL, 2004a, p. 7).

Assim, a Estratégia Saúde da Família se consolida como modelo para a Atenção Básica e a **humanização** é recolocada na agenda da saúde, reativando o movimento constituinte do SUS, que, em 1988, ganha estatuto constitucional, sendo uma conquista nascida das lutas pela democracia no País. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 HUMANIZA SUS

Sendo um dos enfoques da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, o Humaniza SUS diz respeito “à necessidade de se melhorar a capacidade de as organizações atenderem satisfatoriamente às necessidades e demandas da população no que se refere à saúde – tanto em sua dimensão individual quanto coletiva”. (SOUZA, MOREIRA, 2008, p. 328). Foi adotado como referencial teórico que fundamentou esta pesquisa, assim discutiremos alguns dos seus aspectos mais relevantes.

No início de 2003, inicia um debate no Ministério da Saúde defendendo a priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A princípio, houve confronto com outro aspecto presente nos programas de humanização, pois era evidente o caráter fragmentado e separado das iniciativas nas práticas das equipes de trabalhadores, mas também no modo vertical como elas se organizavam dentro do Ministério da Saúde e do SUS. Aparecia, então, um duplo problema: seja o da banalização do tema da humanização, seja o da fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de humanização da saúde. Daí a necessidade de enfrentamento da tarefa de redefinição do conceito de humanização, bem como dos modos de construção de uma política pública e transversal de humanização na saúde. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

“Humanizar as práticas de atenção e gestão em saúde foi para a PNH levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas.” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 570).

Como não há uma imagem definitiva e ideal do Homem, só nos resta aceitar a tarefa sempre inacabada da reinvenção de nossa humanidade, o que não pode se fazer sem o trabalho também constante da produção de outros modos de vida, de novas práticas de

saúde. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 570).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008c), em seu documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS sobre o HUMANIZA SUS, conceitua a **humanização** como uma mudança nos modelos de atenção e gestão, valorizando o trabalho e as relações sociais no trabalho, incentivando a autonomia, grau de co-responsabilidade e as ações dos usuários, trabalhadores e gestores envolvidos na produção de saúde e dos sujeitos, aumentando os vínculos de solidariedade e de participação de todos no processo de gestão. Tinha como objetivo oferecer a todos a mesma atenção à saúde, observando as necessidades de cada um, a melhoria do ambiente de trabalho, com a articulação das instituições formadoras de profissionais com os serviços e as práticas de saúde, conseguindo assim um atendimento mais acolhedor, ágil e resolutivo construído com a participação e o comprometimento de todos com a qualidade para o atendimento. (BRASIL, 2008c).

Cabe salientar que,

para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. (BRASIL, 2004a, p. 6).

Entre os seus desafios, o SUS, como uma política pública de saúde que visa à universalidade, com “atendimento a todos os brasileiros e a estrangeiros que estejam no país”, equitativo e integral (BRASIL, 2008c, p. 69), traz a integralidade, que:

garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, desde ações assistenciais, em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), incluindo atividades de prevenção de doenças e de promoção da

saúde, com integração de ações capazes de viabilizar uma atenção integral. (BRASIL, 2008c, p. 62-63).

O SUS também visa à busca da equidade, com acesso às ações e aos serviços de saúde, que, “além de universal, deve basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.” (BRASIL, 2008c, p. 62). “Entre esses desafios, soma-se a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.” (BRASIL, 2008c, p. 13-14).

Nesse sentido, entre os avanços e conquistas, pode-se facilmente destacar que “há um SUS que dá certo”, com a presença da rede de atenção pública de saúde em todo o território nacional. Muitos serviços de saúde têm experimentado inovações na organização e nas práticas de saúde, permitido a articulação de ações de promoção e de prevenção, com ações de cura e reabilitação. O SUS vem reorganizando a rede de atenção à saúde, produzindo impacto na qualidade de vida do brasileiro, propiciando a produção de cidadania, co-responsabilizando a sociedade na condução da política de saúde, criando um sistema de gestão colegiada com forte presença e atuação de conferências e conselhos de saúde. Ainda, o SUS trouxe novos instrumentos de gestão, fortalecendo o processo de descentralização, ampliando a presença, a autonomia e a responsabilização sanitária de municípios na organização das redes de atenção à saúde; tem havido uma ampliação da articulação regional, melhorando a oferta de recursos assistenciais e a relação custo-efetividade, ampliando o acesso da população ao conjunto dos serviços de saúde. (BRASIL, 2008c).

Assim, tematizar a humanização da assistência leva a questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. (BRASIL, 2004a, p. 6).

Porém, muitos desafios para a produção de saúde permanecem (BRASIL, 2008c), como, por exemplo: qualificar o sistema de co-gestão do SUS; fortalecer e qualificar a atenção

básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde; superar o entendimento de saúde como ausência de doença (cultura sanitária biomédica), fortalecendo a concepção de saúde como produção social, econômica e cultural; superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada, para a ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida; melhorar a interação nas equipes e qualificá-las, fomentar estratégias de valorização do trabalhador com melhorias nas condições de trabalho (ambiência), ampliação dos investimentos na qualificação dos trabalhadores, etc.

Nesse sentido, a humanização, como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, consiste em traduzir os princípios do SUS em ações e sujeitos da rede de saúde, orientando as práticas de atenção e gestão a partir das experiências vividas pelo trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, “desidealizando o homem”. Isso quer dizer pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer; construindo trocas solidárias e comprometidas tanto com a “produção de saúde” como com a “produção de sujeitos”, observando o subjetivismo presente nas práticas em saúde, com atitudes e ações humanizadoras, com toda rede do SUS, posicionando-se como política pública em todo território nacional e nos programas de todos os ministérios (intersectorialidade). Lembrando que esses atores buscam um objetivo comum necessário para atingir a tão desejada qualidade de vida de nossa população alvo.

Para isso, a humanização do SUS (BRASIL, 2008c) se operacionaliza resgatando os fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo todos os atores como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, construindo diferentes espaços de encontro entre sujeitos para que a troca de saberes seja favorecida por equipes multiprofissionais, com atuação inter e transdisciplinar. Além disso, visa à análise e ao atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde por redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS em todos os níveis de gestão (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de

saúde (gestão e atenção).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2009a) tem como propósitos:

- contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;
- fortalecer iniciativas de humanização existentes;
- desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;
- aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;
- implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

Para isso, o Humaniza SUS (BRASIL, 2009a) trabalha com três macro-objetivos:

- ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;
- incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil;
- divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Na prática, os resultados esperados são os seguintes (BRASIL, 2009a):

- redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- garantia dos direitos dos usuários;
- valorização do trabalho na saúde;
- gestão participativa nos serviços.

Para o alcance desses resultados, permeados pelos princípios da política, surgem as diretrizes. Entende-se por diretrizes as “orientações gerais de determinada política”. Na PNH (BRASIL, 2008c, p. 25-26), suas diretrizes apontam no

sentido de:

* Clínica Ampliada: É um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular. Ela propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas utilizando-se da intersectorialidade, reconhecendo os limites de seu conhecimento e das tecnologias de que dispõe, para buscar outros conhecimentos em diferentes setores, procurando não só ajudar o usuário a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não o impeça de viver outras coisas na sua vida. (BRASIL, 2004c, p. 8).

* Co-gestão: É um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores a também se tornarem gestores de suas ações. (BRASIL, 2007, p. 8).

* Acolhimento: Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. [...] ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando

necessário. (BRASIL, 2008c, p. 51).

* Valorização do trabalho e do trabalhador: É a valorização de todas as ações baseadas nos princípios do SUS, realizadas pelos atores que compõem a rede e de todos os trabalhadores (pessoal, emocional, financeira, capacitações). “A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na interação entre os trabalhadores da saúde, numa dinâmica intersubjetiva. Somos gestores e produtores de saberes e de novidades.” (BRASIL, 2008c, p. 68).

* Defesa dos Direitos do Usuário: São todas as ações praticadas pelos atores das redes de trabalho em todas as instâncias, baseadas nos princípios do SUS, garantindo a atenção integral ao usuário, vendo-o como um ser único e sempre inserido em um contexto social.

* Fomento das grupalidades, coletivos e redes: Organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de sua lógica, que prevê níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de incentivar e assegurar vínculos intra-equipes de saúde, inter equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes. (BRASIL, 2008c, p. 67).

* Construção da memória do SUS que dá certo: É o resgate de muitas ações em todo o território nacional nesses 20 anos de SUS. A

construção dessa memória só se torna possível com a troca de vivências e experiências.

Podemos considerar que essas diretrizes nos demonstram uma perspectiva ética e política da humanização, com rumos/orientações para a ação no sentido de potencializar as mudanças esperadas. Passam pela construção de novos modos de gestão e de cuidado nos serviços de saúde, como práticas de atenção compartilhadas e resolutivas e racionalização e adequação dos recursos e insumos.

Nesse sentido, espera-se a ampliação do diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração do serviço, visando uma gestão que propicie a participação, colegiada e compartilhada dos cuidados/atenção, bem como a implantação de grupos de trabalho e grupos técnicos, com propostas de trabalho definidas, que sirvam de estímulo e fortalecimento das práticas da humanização.

Assim, as relações na equipe de saúde, mais especificamente na enfermagem, podem representar uma potencialização do processo de humanização dos serviços e ações. Cabe salientar que,

para a qualidade do sistema, as tecnologias e os dispositivos organizacionais não funcionam sozinhos, sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento entre profissionais e usuários no processo de atendimento. (BRASIL, 2001, p. 5).

Ayres (2005, p. 562) afirma que, seja em relação às suas finalidades, seja no que se refere aos seus meios técnicos ou gerenciais, o desafio central da humanização não pode ser equacionado como

a necessidade de “mais tecnociência”, nem tampouco de “menos tecnociência”, mas sim como o interesse por um progressivo enriquecimento do reconhecimento e

reconstrução das relações entre os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade, a cada vez reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidades.

Nesse sentido, Backes *et al.*, (2007, p. 2) acrescentam:

Uma política, porém, não será implementada apenas pela vontade dos órgãos governamentais e/ou institucionais. Requer-se o comprometimento de todos, principalmente daqueles que estão, diariamente, junto aos usuários e demais profissionais, que mostram, através de seu trabalho e atitudes, quais são as características do serviço de saúde que está sendo oferecido à população.

Como membros das equipes da ESF e presentes em grande número nos serviços de saúde, os profissionais de enfermagem têm uma importante participação na efetivação da política do HUMANIZA SUS, considerando que a **enfermagem** é: uma prática humana para a promoção e facilitação do bem-estar, baseada em conhecimentos desenvolvidos internamente ou por aplicação de conteúdos associados de outras disciplinas às situações de enfermagem. Valoriza a relação de cuidado, sendo uma presença verdadeira para a pessoa que precisa de ajuda, num processo ético. O foco da enfermagem é a saúde em suas múltiplas possibilidades, em diversos níveis de assistência. (LEOPARDI, 1999, p. 199).

Ainda para Leopardi (1999, p. 199), o processo interativo inclui dar e receber, de uma pessoa com sua história para outra pessoa com outra história, em um encontro face a face, necessitando mútuo respeito e aceitação para que ocorra essa

relação. Há necessidade de abertura para o outro, proporcionando espaço e oportunidade de decidir sobre si mesmo e sobre seu propósito de cura, o que implica intimidade e compromisso um para com o outro.

Para que ocorram as interações nas relações humanas, a comunicação verbal ou postural, o diálogo e a abertura para o outro são de extrema importância para que elas possam exteriorizar-se e assim se compreender para efetivar.

Surge, assim, a necessidade de ampliar esse debate, promover o envolvimento de outros segmentos da sociedade e, principalmente, considerar a humanização como um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde, trazendo a possibilidade de maior qualidade no atendimento em saúde e satisfação da população, objeto maior das nossas ações.

5 METODOLOGIA

Neste capítulo, descrevemos o caminho e instrumentais próprios de abordagem utilizados para o alcance da realidade a ser investigada, em momentos do seu desenvolvimento.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, pautado na abordagem qualitativa. Segundo Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo e consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Os “pesquisadores qualitativos estudam coisas em seu cenário natural, buscando compreender e interpretar o fenômeno em termos de quais os significados que as pessoas atribuem a ele”. (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 17).

Nesse sentido, Minayo (2004) afirma que a pesquisa qualitativa se preocupa com as realidades e as questões não quantificáveis. Para Gil (1999), a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo qualitativo e não requerem o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada no município de Chapecó (SC), em um serviço de atenção básica à saúde.

O município de Chapecó localiza-se na região oeste do estado de Santa Catarina e conta com 177.236 habitantes. A

economia municipal tem forte influência do setor agroindustrial. Quanto aos serviços de saúde, a cidade conta com 27 Unidades de Saúde, distribuídas pelo território, sendo que 58% da população está coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Possui um hospital credenciado ao SUS, de abrangência regional, que dispõe de 300 leitos gerais. (CHAPECÓ, 2009).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) selecionada está situada em um bairro que possui 7.567 habitantes, sendo constituído por 2.024 famílias. (CHAPECÓ, 2009). A UBS conta com duas equipes da Estratégia Saúde da Família, que se dividem em duas áreas e atendem a cinco e seis microáreas, respectivamente. Esta unidade foi escolhida por atender aos seguintes critérios:

- ser uma unidade de saúde com equipe completa da ESF, de acordo com a população atendida;
- ser unidade de saúde modelo no município e, como tal, reconhecida pela comunidade.

Quanto à composição das duas equipes de Estratégia Saúde da Família, uma delas é constituída por um médico, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, seis agentes de saúde da família, um cirurgião dentista e uma auxiliar de consultório dentário; e a outra equipe é constituída por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem e cinco agentes de saúde. (CHAPECÓ, 2009).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte do estudo os profissionais da equipe de enfermagem e os usuários da ESF. Participaram dez profissionais de enfermagem que trabalham na Unidade Básica de Saúde e cinco usuários da Estratégia Saúde da Família que foram atendidos durante o período de observação.

Os sujeitos foram selecionados considerando-se como critério de inclusão: o interesse e aceite em participar do estudo, a idade superior a 18 anos, já estar cadastrado na Unidade de Saúde, no caso de usuários, e trabalhar na unidade de saúde, no caso dos profissionais. Os usuários foram selecionados à medida

que os encontros foram acontecendo no campo, enquanto esperavam pelos atendimentos dos profissionais das equipes da UBS.

O número dos sujeitos usuários foi definido pelo critério temporal, considerando que havia um período estabelecido para a coleta dos dados e, também, a partir do momento em que os depoimentos não trouxeram novas informações relevantes para a pesquisa. Segundo Minayo (2004), na pesquisa qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Portanto, o critério não foi numérico.

5.3.1 Apresentação dos Sujeitos da Pesquisa

A seguir, apresentaremos os sujeitos participantes da pesquisa, como possibilidade de melhor compreender a trajetória de cada sujeito.

Quanto aos profissionais de enfermagem, foram sujeitos todos os integrantes das equipes de ESF que atuam na UBS, que são apresentados na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Profissionais de enfermagem participantes da pesquisa, Chapecó (SC), 2009.

CÓDIGO	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	PROFISSÃO	TEMPO DE PROFISSÃO
P 1	26 ANOS	FEM	SUPERIOR/ PÓS-GRADUAÇÃO	CATÓLICA	ENFERMEIRA	4 ANOS
P 2	46 ANOS	FEM	SUPERIOR INCOMPLETO	CATÓLICA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	15 ANOS
P 3	50 ANOS	FEM	SUPERIOR/ PÓS-GRADUAÇÃO	CATÓLICA /ESPÍRITA	ENFERMEIRA	24 ANOS
P 4	42 ANOS	FEM	SUPERIOR INCOMPLETO	CATÓLICA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	15 ANOS
P 5	49 ANOS	FEM	SEGUNDO GRAU COMPLETO	CATÓLICA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	4 ANOS
P 6	27 ANOS	FEM	SEGUNDO GRAU	CATÓLICA / ESPÍRITA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	3 MESES
P 7	40 ANOS	FEM	SEGUNDO GRAU	EVANGÉLICA	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	10 ANOS
P 8	50 ANOS	FEM	SUPERIOR/ PÓS-GRADUAÇÃO	CATÓLICA	ENFERMEIRA	25 ANOS
P 9	42 ANOS	FEM	SEGUNDO GRAU	EVANGÉLICA	AUXILIAR	17 ANOS
P10	39 ANOS	FEM	SEGUNDO GRAU	EVANGÉLICA	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	12 ANOS

Fonte: Pesquisa de campo, 2009, Chapecó (SC).

Todos os profissionais de enfermagem pesquisados foram do sexo feminino, com idades de 26 a 50 anos, sendo que a maioria eram técnicas de enfermagem. O tempo de trabalho variou de três meses a 25 anos, salientando que a maioria – 70% – tinha mais de 10 anos de atividade profissional.

Os usuários da UBS pesquisados tinham idade variável de 23 a 57 anos, sendo dois homens e três mulheres, apenas uma era solteira. Na sua maioria, eram católicos e tinham como nível de escolaridade o ensino fundamental, conforme Tabela 2. Cabe salientar que todos os usuários pesquisados residiam no bairro e frequentavam regularmente a UBS para ações de promoção, tratamento e recuperação da saúde.

Tabela 2 - Usuários do serviço de saúde participantes da pesquisa, Chapecó (SC), 2009.

CÓDIGO	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	PROFISSÃO	SITUAÇÃO CONJUGAL
U 1	40 ANOS	MASC	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	CATÓLICA	MOTORISTA	CASADO
U 2	57 ANOS	FEM	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	CATÓLICA	DO LAR	COM COMPANHHEIRO
U 3	31 ANOS	MASC	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	CATÓLICA	SERVENTE DE PEDREIRO	CASADO
U 4	23 ANOS	FEM	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	CATÓLICA	AUXILIAR DE PRODUÇÃO	CASADA
U 5	51 ANOS	FEM	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	CATÓLICA	COZINHEIRA	SOLTEIRA

Fonte: Pesquisa de campo, 2009, Chapecó (SC).

Assim, o estudo envolveu no total 15 participantes, cujas informações constituíram dados relevantes para a realização da pesquisa.

5.4 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

5.4.1 Entrada em Campo

A inserção em campo aconteceu em julho de 2009. Inicialmente, comparecemos à unidade por oito dias, em turnos diversos, para que os profissionais e usuários, além de conhecerem a pesquisadora, tivessem ciência da proposta da pesquisa e também se acostumassem com a sua presença. Esse período foi enriquecedor para a atividade, pois os trabalhadores da unidade a acolheram e logo se adaptaram à sua permanência, tornando possível o estreitamento das relações, levando-os a agir naturalmente.

Além de conhecer detalhadamente a estrutura física da unidade, tivemos oportunidade de observar o fluxo das atividades desenvolvidas por cada profissional e as rotinas do atendimento

prestado aos usuários. Nesse período, todos os membros das equipes da ESF não pouparam esforços para explicar cada detalhe solicitado para a maior compreensão do funcionamento e atividades desenvolvidas. Muitas vezes, requisitavam a presença do pesquisador em atendimentos a usuários e sugestões, facilitando assim as atividades e contribuindo de maneira importantíssima e decisiva para a pesquisa.

Foi realizada a avaliação das planilhas de agendamento por área das equipes de ESF e da tabela de organização das atividades das enfermeiras na UBS e junto à comunidade, através das visitas domiciliares e realização dos grupos, o que possibilitou conhecer o fluxo de atendimento e de atividades.

Após esse período, iniciamos a observação das atividades de cada profissional de enfermagem e as relações com usuários e colegas. Como a maioria trabalha na unidade há mais de 10 anos, conhecem os usuários e suas histórias de vida. Chamavam-nos pelo nome e não perdiam oportunidade de inteirar-se do seguimento dos acontecimentos desde o último encontro que tinham tido. Os usuários, em sua grande maioria, demonstravam familiaridade até com pequenos gestos dos profissionais, facilitando e fortalecendo o estreitamento dos vínculos já existentes. Todas as observações foram anotadas em diários de campo, detalhadamente, logo após cada saída da unidade.

No mês de agosto, iniciou-se a realização das entrevistas, com uma profissional da unidade. Esperamos uns dias para dar seguimento às entrevistas, sem comparecer ao local. Esse afastamento demonstrou ser positivo, pois os membros das equipes tiveram tempo de pensar a respeito e, assim, ofereciam-se para participar da pesquisa através das entrevistas, que ocorreram tranquilamente. O grupo não demonstrou ansiedade ou negação em participar da pesquisa.

5.4.2 Coleta de Dados

Os dados da pesquisa foram coletados através de observação e entrevista semiestruturada.

Inicialmente foi realizada a observação participante. Nas observações, adotamos o papel de participante como

observador, no qual o pesquisador deixa claro para si e para o grupo que sua relação é meramente de campo e temporária. Sua participação tende a ser mais profunda através da observação das vivências e no acompanhamento das rotinas cotidianas julgadas importantes pelos entrevistados. (MINAYO, 2004).

A observação participante foi realizada durante o mês de julho de 2009, três vezes por semana, em turnos alternados, seguindo o roteiro pré-estabelecido, elaborado a partir de Zampieri (2006) e das diretrizes da política do HUMANIZA SUS (Apêndice A). As observações foram dirigidas para as atividades rotineiras dos profissionais, com foco nas relações entre a equipe de enfermagem e usuários.

Permanecíamos na UBS acompanhando o atendimento e observando as relações entre profissionais e usuários, considerando aspectos como: acesso ao serviço, acolhimento pelos profissionais, tipo de atendimento e acesso a informações, encaminhamentos, quando necessários, satisfação das pessoas, entre outros. Para registro das observações, foi utilizado um diário de campo, no qual foram anotados todos os dados observados e as inferências da pesquisadora, imediatamente após a saída do campo, de forma clara, detalhada e sistemática.

No decorrer das observações, foram agendadas as entrevistas semiestruturadas pela pesquisadora, considerando as especificidades dos sujeitos da pesquisa, ou seja, um instrumento para os usuários e outro instrumento específico para os profissionais de enfermagem (Apêndice B e C, respectivamente). As entrevistas foram realizadas individualmente, em uma sala específica na UBS, favorável ao fornecimento das informações por preservar a privacidade e a ambientação dos sujeitos, aspectos necessários para a liberdade de exposição das ideias.

Para Gil (1999, p.117), a entrevista é uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É uma forma de interação social com diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Para Minayo (2004), cada sugestão de tema que se introduz na entrevista, ou cada questão que se levanta, faz parte de uma interação diferenciada com o entrevistado na medida em que esses itens são uma teoria em ato e trazem implícitos uma

hipótese, um pressuposto, ou um conceito teórico. Não há duas situações iguais e nem sequer semelhantes, serão sempre diferentes, ainda que se trate, em ocasiões distintas, dos mesmos atores e do mesmo tema, pois fatores externos ou internos condicionam a situação.

As entrevistas foram gravadas em áudio, com a prévia aprovação dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo transcritas posteriormente para possibilitar maior fidedignidade e riqueza de análise do material coletado.

O período de coleta de dados estendeu-se de julho a novembro de 2009.

5.5 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

5.5.1 Organização dos Dados

As entrevistas foram transcritas e digitadas em formato Word, com a devida identificação dos sujeitos, formando o *corpus* de análise, que além das entrevistas transcritas constituiu-se também pelas anotações de observações em campo.

5.5.2 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada segundo a análise de conteúdo, temática, proposta por Bardin (2008). A análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, que permitem “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção) das mensagens”, inferência que recorre a indicadores quantitativos ou não. (BARDIN, 2008, p. 40).

Bardin (2008) apresenta as diferentes fases da análise de conteúdo em três polos cronológicos:

- a pré-análise: é a fase de organização, de sistematizar ideias iniciais, a escolha dos documentos a serem analisados (constituição do *corpus*, considerando exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência), a formulação de hipóteses e dos objetivos, bem como a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final, com a definição de recortes do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de codificação para o registro dos dados;
- a exploração do material: é a aplicação sistemática das decisões tomadas, com a codificação, decomposição ou enumeração;
- tratamento dos resultados obtidos e interpretação: análises estatísticas simples ou complexas, síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretação. Os resultados obtidos, a confrontação sistemática do material e o tipo de inferências alcançadas podem levar a novas dimensões teóricas ou pragmáticas, como também servir de base a outras análises.

Como realizamos a análise temática, buscamos o tema, que, para Bardin (2008, p. 131), “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Fazer a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença significa alguma coisa para o objeto de análise escolhido.

Assim, o tema foi utilizado como unidade de registro e consistiu em um recorte para o estudo. As respostas às questões abertas foram analisadas, sendo que os dados foram agrupados por temas, considerando os temas esperados e os temas emergentes, o que levou à seleção de temas semelhantes ou relacionados e propiciou juntá-los, formando as categorias.

Essa análise dos dados levou à formação de categorias, sendo organizadas cinco planilhas no programa Excel a partir das temáticas emergentes, com os dados extraídos das falas dos usuários e dos profissionais, que foram alimentadas à medida que as unidades de sentido foram sendo selecionadas.

Como referencial teórico para análise, adotamos as diretrizes do Humaniza SUS, o que nos levou à formulação dos grupos temáticos e às seguintes categorias de análise:

- Compreendendo a humanização;
- O reconhecimento das diretrizes do PNH;
- A humanização nas relações entre equipe de enfermagem e usuários;
- Limites e potencialidades na humanização das relações no serviço.

A partir da categorização, iniciamos o processo de interpretação e discussão das mensagens, visando atingir o conteúdo e responder aos objetivos desta pesquisa.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi apresentado ao gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó (SC) e encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado em 29 de junho de 2009, sob protocolo nº 160 (Anexo A). Os procedimentos usados na pesquisa estão de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. (BRASIL, 1996).

Aos participantes do estudo foram garantidos a livre participação, a liberdade de se recusar e o direito de retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso assim o desejassem, sem penalização alguma ou prejuízo. Também foram assegurados a proteção da identidade, o respeito à individualidade e à privacidade de todos os envolvidos.

O processo da pesquisa iniciou após ter sido dada aos participantes uma ampla explicação sobre os objetivos e processo da pesquisa e depois da obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), com o propósito de assegurar a utilização das informações fornecidas nas entrevistas e durante o período de observação em campo para os fins acadêmicos.

As informações fornecidas pelos participantes são confidenciais e o anonimato deles será mantido através do uso de códigos para identificação, sendo utilizada a letra “U” para usuários e “P” para profissionais, seguida do número de sequência da entrevista.

As entrevistas e registros dos dados serão mantidos sob a guarda do pesquisador por cinco anos a partir da divulgação dos

resultados. As informações fornecidas foram utilizadas na elaboração da dissertação de mestrado, bem como poderão ser publicadas em livro, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

Após a finalização da pesquisa, os resultados serão apresentados no local de pesquisa, conforme acordado com os gestores que a autorizaram.

Cabe salientar que os princípios éticos de justiça, beneficência, não-maleficência e autonomia estão presentes quando se pensa em humanização da assistência em saúde, como nos propomos nesta pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise de dados e das categorias identificadas, procedemos a apresentação e discussão dos resultados, buscando apoio em bibliografias e no referencial teórico utilizado. As categorias a serem discutidas serão: Compreendendo a humanização em saúde; O reconhecimento das diretrizes do PNH; A humanização nas relações entre equipe de enfermagem e usuários; e Os limites e as potencialidades na humanização das relações no serviço.

6.1 COMPREENDENDO A HUMANIZAÇÃO

Ao estudarmos as relações entre os integrantes da equipe de enfermagem e os usuários, na perspectiva da humanização, torna-se relevante saber qual é o entendimento que as pessoas envolvidas têm sobre o tema.

Ao abordarmos a compreensão dos sujeitos sobre o que é humanização, alguns participantes (usuários) mostraram-se hesitantes, sendo que a maioria deles não conseguiu elaborar uma definição.

Humanização... (U 3)

Humanização... Sei lá. (U 1)

Essa dificuldade de entendimento é esperada, pois, ao discutirem a temática humanização em saúde, Souza e Moreira (2008) ressaltam a urgência de se reconhecer a presença de sentidos diversos sobre o tema. Essa diversidade não significa um fator negativo, mas demonstra a heterogeneidade do campo e dos atores que constroem os significados a partir de determinados lugares e posições sociais.

Ao buscarmos a compreensão sobre a humanização na perspectiva dos sujeitos, acreditamos que estes expressem parte do entendimento das relações, pois se espera que aconteça o encontro e a aproximação quando se trabalha numa perspectiva mais humanística. Salientamos que essa conceitualização

perpassou duas vertentes: o acolhimento e a atenção nos serviços e a produção da saúde e de sujeitos, que discutiremos a seguir.

6.1.1 O Acolhimento e Atenção no Serviço

Podemos considerar que a partir das falas dos sujeitos, surgiram vários aspectos que caracterizam a humanização nos serviços de saúde, tais como o respeito, a educação, o olhar atento, ouvir, colocar-se no lugar do outro e a atenção, que analisaremos na sequência.

À medida que as entrevistas transcorreram e se iniciaram as reflexões por parte dos sujeitos, a humanização passou a receber alguns atributos. Esta foi entendida como o respeito ao outro, o **respeito** às diferenças, sendo importante um respeito mútuo, como pode ser observado nas falas:

Respeito com as pessoas, não é? O que aqui, pelo que eu vi, todo mundo tem. (U 1)

A gente tem que respeitar o direito dos outros, pois o direito de um vai até o início do direito do outro. (U 2)

O respeito, porque não pode tratar um paciente diferente do outro. (U 3)

Eu procuro sempre respeitar, se ela me pede uma opinião, eu respondo a minha opinião. Procuro valorizar o que ele acha, porque tem toda uma vivência ali. (P 3)

Ter respeito pelas pessoas, tratar bem as pessoas, é você não ignorar as pessoas [...]. (P 7)

Nesse sentido, Barbosa e Silva (2007) afirmam que humanizar os cuidados inclui respeitar a individualidade do Ser Humano e também construir um espaço real nas instituições de saúde que valorize o humano das pessoas envolvidas. (PESSINI;

BERTACHINI, 2004).

Sabendo que respeitar envolve agir com respeito, não devemos desconsiderar que essas ações estão apoiadas na maneira como acontecem as relações interpessoais entre o enfermeiro e o paciente e que, portanto, a maneira como o enfermeiro se comunica com ele é um fator importante quando o componente respeito é analisado nessas relações. (BARBOSA; SILVA, 2007).

Trata-se de um aspecto relevante, pois o respeito à singularidade dos sujeitos e às diferenças, sem preconceitos, contribui para facilitar as relações interpessoais, refletindo no cuidado e no bem-estar do indivíduo.

Parte dos sujeitos entrevistados também considera a **educação** como essencial para a humanização, tanto a educação formal quanto a familiar, como cordialidade no trato com as pessoas.

O jeito de conversar com as pessoas. Digamos assim: 'Faça o favor, dá licença.' O jeito assim... Não é faça isso... (U 1)

[...] a forma que você se dirige a ele, que você diz não. 'Não está pronto, não foi autorizado, não tem vaga.' É a maneira de falar... (P 2)

É preciso ter educação, educação que eu digo é aquela, pode ser do formal mesmo: do bom-dia, da boa-tarde [...]. (P 2)

Nesse sentido, a educação está relacionada com a cordialidade, a polidez nas relações, que são importantes no trato com as pessoas, fazendo com que elas se sintam respeitadas e co-partícipes do processo de cuidar.

A assimetria nas relações, segundo Souza e Moreira (2008, p. 331), diz respeito à desumanização do atendimento, “caracterizado pela assimetria entre usuário e profissional, pautada em uma situação de inferioridade do primeiro em relação ao segundo, com a desconsideração de seu saber e de sua iniciativa”. As relações nas unidades de saúde, na maioria das vezes, dão-se de uma forma verticalizada. O profissional detém o poder, pois conhece o espaço das relações, que é seu

campo de trabalho, e detém o conhecimento técnico. O sujeito ou usuário se submete a essa condição, pois necessita ser cuidado. É importante aproximar usuário e profissional, numa relação de reciprocidade. Para tanto, torna-se importante mostrar cordialidade, situá-lo, aproximar-se dele.

O **olhar atento** para o paciente durante o atendimento também apareceu nas falas como humanização da relação entre profissional e usuário, propiciando uma visão integral do sujeito e de sua realidade.

Eu acredito que seja você olhar aquela pessoa que você está atendendo como um ser completo [...]. Mas se talvez nem me olhar, talvez não vá entrar nada no pensamento, se você não parar para dar atenção para a pessoa, ela não vai parar para ouvir você. (P 1)

Esse olhar atento perpassa a noção de integralidade, pois, quando presente nas relações, possibilita o encontro verdadeiro e a relação necessária na humanização do cuidado.

Para outros, a relação do termo *humanização* se fez com o ser humano, considerando a humanidade por inteiro. Segundo Campos (2005, p. 399), "o humano diz respeito ao Sujeito e à centralidade da vida humana".

Humanização... Humanidade por inteiro eu acho. (U 1)

É alguma coisa que tem a ver com humano, com o ser humano. (U 5)

[...] você é um ser humano único dentro de um todo, mas dentro deste todo você tem a sua individualidade, então é aí que a gente é humana, quando você permite o ser que é um todo, que precisa viver numa comunidade, ser um ser social. Ele é uma pessoa que tem vontade própria, uma história própria, então quando você trabalha isso, trabalha com um ser humano e faz humanização. É a amorosidade no atendimento também, se você consegue colocar gotas de amor... Tem que colocar

gotas de amor aí. (P 3)

É o não-julgamento que eu te falo, que é uma conversa, tentar entender como um ser humano [...] Tu não estas trabalhando com papel, com madeira, tu trabalhas com o ser humano. (P 9)

“Atitudes como o diálogo, a presença, a responsabilidade profissional, o comprometimento, as experiências compartilhadas e a arte de amar” são colocadas “como ingredientes básicos da humanização na convivência profissional entre os seres humanos que se envolvem e são envolvidos no processo de cuidar”. (BARBOSA; RODRIGUES, 2004, p. 207). O agir humano implica adotar algumas atitudes, como **ouvir, olhar o outro, colocar-se no lugar dele**, considerando que o humanizar vai além da técnica. Nesse sentido, os sujeitos discutiram essa questão, enfatizando:

Humanizar seria você tentar se colocar talvez um pouco mais do outro lado e ver as coisas pelo lado da pessoa [...]. (P 1)

[...] de as pessoas se doarem um pouquinho mais, olharem as minhas dificuldades e ajudarem. Não precisar pedir ajuda. É verem o paciente não só como mais um que está ali pra tirar sangue, fazer injeção, pegar remédio, e sim como uma pessoa como a gente, né? Com problemas de todos os tipos. Necessidade de ser um pouquinho mais humano mesmo, pois como você já conhece a pessoa não fazer somente aquilo... Só enxergar de um lado, só enxergar na frente... (P 5)

Humanização, eu entendo tentar fazer com que as pessoas sejam mais humanas, ter mais coração, olhem mais para o próximo, sejam menos egoístas, critiquem menos, colaborem mais na nossa evolução enquanto seres humanos. (P 6)

É você tratar as pessoas como você gostaria

de ser tratada. É passar o teu 'de melhor' para as pessoas com muito carinho, atenção, dedicação. Como você gostaria que fizessem contigo e com teus familiares né?! É acolher. [...] Além de todo o trabalho dentro da técnica, da medicação certa, a visita, a motivação. (P 8)

Corroboramos com Barbosa e Rodrigues (2004, p. 206), que compartilham as concepções com o

pensamento humanístico das teóricas Paterson e Zderad, entendendo a enfermagem como um tipo especial de encontro entre pessoas, um diálogo vivo. É um estar com o outro, não envolve um encontro meramente fortuito, mas um encontro no qual existem um chamado e uma resposta intencionais.

Paterson e Zderad veem o ser humano como um ser individual, relacionado necessariamente com outros seres no mesmo momento e local, a saúde sendo vista como uma descoberta do significado da vida, experimentada no processo de viver, mostrando-nos a importância dessa relação. “Ressaltam a enfermagem como um tipo particular de situação humana, na qual o inter-relacionamento é propositalmente direcionado para fortalecer o estar bem ou o estar melhor de uma pessoa” (BARBOSA; RODRIGUES, 2004, p. 206), numa troca constante.

Então, eu acho que humanizar é em primeiro lugar você estar de bem, você se colocar no lugar do outro, e você acreditar que o fato de você ser uma pessoa bacana, receptiva, olhar para o outro é atender bem. Tentar ver a necessidade do outro não vai fazer bem só para o outro, vai fazer bem para você também. Eu sinto que é uma troca, não tem como fazer bem pra ti se antes eu não estiver fazendo pra mim. É uma coisa tão simples. (P 2)

É ver o paciente como um... Não só ver o

paciente como um paciente, ver como um ser humano, como uma pessoa como nós, que precisa de atenção, de diálogo, de tudo. (P 10)

Primeiro eu cumprimento! Cumprimento de cumprimentar, de dar um bom-dia, uma boa-tarde, qualquer coisa assim. Acho importante. E até se você já tem certa ligação com essa pessoa, um abraço, acho que é importante, ou uma aperto de mão, que não vai fazer mal também. (P3)

A possibilidade de se colocar no lugar do outro, de criar espaço para que o outro saiba algo que não sabe de antemão, depende de se aceitar que todo saber é limitado. Assim, algo que não se sabe poderá vir de outro. Quando “se assume o risco de não pretender tudo saber é que se pode compreender o outro, aceitando que ele tem algo a dizer, com toda a dimensão de falta que coloca a palavra, mas também de um saber que, por não ser total, pode se expandir infinitamente”. (OLIVEIRA *et al.*, 2006, p. 282). Passa, inclusive, por entender que o outro também tem conhecimento e pode participar ativamente das decisões.

Uma das possibilidades de pensar o cuidado humanizado é se colocar no lugar do outro, é através do acolhimento, que possibilita ao profissional prestar um cuidado mais próximo das necessidades do usuário, a partir do ouvir, analisar e dar respostas às questões colocadas, como foi expresso pelos sujeitos:

O acolher [...]. O receber o paciente começa lá no balcão [...]. Com um sorriso, com uma delicadeza, com educação, recebendo essa pessoa como uma pessoa que ela é, um ser vivo, alguém que veio buscar alguma coisa. (P 3)

Assim, destaca-se mais uma das premissas do Humaniza SUS: as relações baseadas no vínculo e na confiança, resgatando a possibilidade do acolhimento como uma qualidade transformadora das ações de cuidado, pois questiona as

relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços, nas relações de estar com e estar perto de, reconhecendo as singularidades do adoecer e as diferentes dimensões das necessidades em saúde. (BRASIL, 2008b).

A **atenção** assume uma base para a relação. Esta troca simples em sua complexidade, interativa, flexível e tão importante quando pensamos e agimos dentro dos cuidados humanizados só se torna possível quando a atenção é priorizada e reconhecida como um dos pontos fundamentais para o desenvolvimento das ações em saúde de uma maneira holística. Pudemos observar e ouvir muitos relatos que exaltavam a atenção como pedra fundamental nas relações dos sujeitos envolvidos.

Aqui todos me tratam bem, sou conhecida deles há anos. (U 2)

Mas eu todas as vezes que vim fui bem atendido, tive atenção. (U 3)

Atenção, simpatia, porque não adianta você atender uma pessoa ali, carrancuda, essa pessoa vai dizer 'nossa essa aí é um'... É atenção, [...]. O bom atendimento é quando você chega ali. Tratar bem a pessoa. (P 7)

Campos (2005) coloca que a humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da importância dos valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, como na forma de explicar com clareza a responsabilidade sanitária, é um instrumento poderoso para que ocorra essa mudança.

6.1.2 Produção da Saúde e Produção de Sujeitos

A humanização é também entendida pelos sujeitos na perspectiva da gestão. A produção da saúde e dos sujeitos

perpassa pela discussão de questões como os princípios do SUS, o exercício da cidadania, com seus direitos e deveres, as carências e o suprir dessas carências, considerando também o respeito às culturas e crenças.

O Humaniza SUS surge associado ao compromisso de uma efetivação do Sistema Único de Saúde e seus princípios constitucionais. “E, na atenção básica, temos experiências expressivas de aumento do acesso aos serviços de saúde e de uma melhor qualidade do cuidado.” (BRASIL, 2009b, p. 8).

Assim, a universalidade, com o acesso da população a todas as ações e serviços de saúde, independentemente das características sociais ou pessoais, **a integralidade, a equidade e a intersetorialidade**, como princípios básicos do SUS, também foram lembrados nas falas de alguns participantes.

Como eu ia saber que tinha o dentista se eles não avisassem? (U 1)

Em todas as situações, não é! O que precisa, eles estão aí para ajudar. (U 1)

Chapecó tem muita gente e vem gente de todo lado para fazer exame. Às vezes os daqui ficam um pouco de lado para abranger os que vêm. (U 5)

[...] você deve tratar o paciente se colocando no lugar dele, ter a consciência de que quem está na tua frente é um ser humano, independente de cor, raça, opção sexual, se é rico, se é pobre... [...]. É tratar a pessoa como um ser humano. Prestar um atendimento bom para ele. (P 9)

[...] Ampliar o conceito, ampliar o problema, ver todos os ângulos da pessoa, não só aquela ferida no pé [...]. (P 1)

O princípio da integralidade garante a atenção ao cidadão em todos os níveis: prevenção, promoção, recuperação da saúde, na sua multidimensionalidade, ”superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões

biopsicossociais”. (BRASIL, 2004b, p. 63).

No vocabulário do SUS, a *equidade* diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a ideia de justiça social. Implica em condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos. Garante a igualdade da assistência à saúde, sem privilégios ou preconceitos, a todos os cidadãos brasileiros, atendendo às suas reais necessidades.

Nesse sentido, a intersetorialidade visa à “integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos”. (BRASIL, 2004b, p. 44).

Segundo Barbosa e Silva (2007), o princípio da justiça, quando colocado em prática, faz com que o respeito também seja praticado. Agir com justiça pressupõe a assistência equitativa a todos os usuários, levando em consideração suas condições clínicas e sociais. Isso acarreta que os profissionais da saúde, para sejam justos, devem entender as necessidades de cada usuário e direcionar os cuidados tendo em mente essas necessidades e a multidimensionalidade do ser humano.

Na busca pela humanização, é necessário constituir um sistema de saúde que se pautem em valores como a equidade e a integralidade da atenção, vislumbrando o trabalhador de saúde e o paciente e seus familiares como cidadãos. Esse universo deve focalizar-se no diálogo, no respeito e na solidariedade. (BECK, *et al.*, 2007).

“Verifica-se a necessidade de participação dos diferentes atores envolvidos no processo saúde/doença, tendo em vista que a saúde não é algo que se dá à população, mas uma conquista desta, por isso, um **exercício de cidadania**” (FRANCA; VIANA, 2006, p. 254, grifo nosso), conforme foi expresso na fala a seguir.

[...] grande parte deles vivem assim, sem higienização, e são excluídos pela sociedade por isso ou por catarem papel. Uma pessoa que está sempre mal vestida, suja, tem dificuldade de conseguir emprego, então é uma exclusão social.. E eles mesmos vão se deletando da vida social. (P 1)

“Na atenção básica, principalmente, o contexto no qual a pessoa está inserida interfere diretamente nas ações de saúde”. Portanto, o enfoque da humanização para a assistência deveria ser ainda mais criterioso. Seria preciso proporcionar oportunidades para que os usuários e profissionais pudessem existir e viver dignamente. (SIMÕES *et al.*, 2007, p. 443).

Foi também apontada, por parte dos participantes do estudo, a preocupação com relação aos conceitos de cidadania no que se refere aos **direitos e deveres** por parte da população adstrita e assistida, e a compreensão e visão dessa realidade complexa por parte dos profissionais que atuam interagindo nesse cotidiano. Muitas vezes, o desconhecimento dos direitos e dos deveres interfere nas relações entre usuários e profissionais, dificultando as interações e, por conseguinte, os cuidados.

[...] aqui dentro também a gente ouve muito que o paciente tem direito, o paciente deve ter não sei o quê... Mas, a partir do momento que ele entra aqui, claro que ele entra para buscar os seus direitos, ele vem buscar aqui. E ele não está preparado, ele não tem conhecimento [...]. (P 2)

A gente tem essa noção de que eles estão em busca de algo [necessidade], mas eles não têm essa compreensão [quando chegam agressivos]. Porque, hoje em dia, eu vejo em muitos pacientes que se eles tivessem tudo isso [compreensão, conhecimento] eles teriam mais oportunidades na vida. Então, como você vai querer que ele te entenda, te respeite, conheça as leis e os deveres? Eu acho muito importante, mas ele não tem conhecimento de nada disso. Como podemos cobrar se, às vezes, você que tem esse conhecimento não está compreendendo. (P 2)

Campos (2005, p. 400) acrescenta que a construção de organizações que estimulem os sujeitos a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, têm

interesses e desejos com os quais se deve compor, é um poderoso caminho para se construir um novo modo de convivência.

Para tanto, é necessário conhecer e reconhecer seus direitos.

Os usuários do sistema de saúde (tanto os profissionais de saúde como os pacientes) apresentam várias **carências**, que não são apenas físicas e sociais, mas também emocionais. A carência nas relações também se faz presente nas falas.

Entendo isso [a humanização] como carência. Tem coisas que precisam ser mais... Tipo assim: olhando mais por um lado, tipo carente emocional. Eu acho isso. (U 5)

Mas, eu não me sinto assim, como se precisasse de algo para depois repor, para me sentir... Eu estou falando do trabalho em si [...]. (P 2)

Mas de repente ele não pode sentir isso que eu sinto. Ter acesso aos colegas, ao telefone, à rua, a uma coisinha, como um cafezinho, um lanche, a poder entrar na sala de uma colega pra conversar, poxa! (P 2)

[...] às vezes o valor, a dificuldade de acesso, a carência dos próprios usuários de não ter condições. (P 8)

Suprir essas carências também é uma forma de humanizar, faz com que as pessoas se sintam úteis, alcancem satisfação em seu trabalho e nas relações com o outro. A necessidade de compartilhar as experiências vividas, como um ato humanizador, pode ser observada nas falas dos sujeitos a seguir:

[...] um local adequado pra ela dormir e que essa pessoa tenha um trabalho, vai ter uma vida muito mais saudável, não é? [...]. (P 1)

De repente não vai resolver a situação dele (do paciente). De repente, o problema dele é financeiro, mas uma palavra tua, uma orientação, alguma coisa que vai ajudar ele até mais do que se tu desse dinheiro. Eu penso assim. (P 5)

[...] eu tenho certeza que eu ajudei a minimizar o sofrimento do outro. (P 2)

Nesse sentido, enfatiza-se novamente que o cuidado vai além do físico, envolve ser sensível, respeitando o indivíduo como um ser integral.

Foi também relatado e observado, durante o período da pesquisa, o respeito aos direitos do ser humano no tocante às experiências vividas ou observadas, mesmo quando estas não convergiam com as bases científicas nas quais o profissional se apoiava para realizar seus cuidados/orientações. O empirismo dos pacientes era ouvido atentamente e respeitado quando estes não trouxessem perigo ao serem executados. Pudemos também observar o conhecimento alternativo de algumas práticas, o que perpassa pelo **respeito à cultura e às crenças** dos sujeitos:

Se ele provar que dá certo de outra forma? Olha, tem o conhecimento dos antigos, que às vezes existem coisas que a gente aprendeu diferente que de outra forma dá certo também. Eu acho que desde que não vá prejudicar a pessoa, ela tem todo o direito de fazer. Se ela achar outra forma ela tem o direito de fazer. (P 5)

A humanização é, portanto,

um processo de transformação da cultura organizacional que necessita reconhecer e valorizar os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos clientes e profissionais, para melhorar as condições de trabalho e a qualidade da assistência, por meio da promoção de ações que integrem valores humanos aos valores científicos. (BACKES *et al.*, 2007, p. 3).

O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, em sua capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história. A humanização no atendimento exige dos profissionais da saúde o compartilhar com seu paciente das experiências e vivências que levem à ampliação do objetivo de suas ações, quase sempre, restritas ao cuidar como sinônimo de ajuda às possibilidades de sobrevivência. Assim, é o exercer na prática o re-situando as questões pessoais em um quadro ético, em que o cuidar se une na compreensão da pessoa em sua singularidade. (PESSINI *et al.*, 2003).

6.2 O RECONHECIMENTO DAS DIRETRIZES DA PNH

Frente às relações que se estabelecem entre os sujeitos no processo de atendimento, a PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra como política pública de saúde. São considerados **os princípios** da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, com práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando-se tal entendimento; A Transversalidade, com suas concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde; e, também, consideramos a Autonomia e protagonismo dos sujeitos, trazendo a co-responsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão. (BRASIL, 2009b).

Sendo assim, foram apontados vários aspectos que norteiam essa política, evidenciando a necessidade de se humanizar o cuidado, valorizando os sujeitos envolvidos e a capacidade de ouvir e falar, integrando conhecimentos teóricos ao fator humano, que podem ser discutidos nos seguintes pontos: organização e otimização dos serviços como forma de melhorar as relações (integralidade da atenção e gestão); o

protagonismo dos sujeitos; e, o modelo de atenção: responsabilização e vínculo.

6.2.1 Organização e Otimização dos Serviços como Forma de Melhorar as Relações

Uma das propostas do Humaniza SUS é a mudança da prática dos profissionais de saúde, promovendo uma nova cultura de atendimento, baseada nos pressupostos da humanização. Assim, passa pela preocupação com a **agilidade do atendimento** ao usuário. Observamos essa preocupação na realidade pesquisada.

A redução de filas e do tempo de espera para que o usuário receba o atendimento de suas necessidades procura ser resolvida pelos profissionais com a adoção de agendamento das consultas e a partir da livre demanda. Ou seja, procuram prestar atendimento diante da necessidade de busca e, a partir desse atendimento, agendá-lo para as consultas seguintes com o médico, com a enfermeira ou com o dentista, conforme a área de abrangência. Se o atendimento procurado era uma das muitas ações de enfermagem, elas eram realizadas por ordem de chegada. Durante todo o tempo em que realizamos a pesquisa, as filas aconteciam na abertura da unidade e em seguida os pacientes já eram direcionados para o atendimento, um a um, o que também foi observado na fala dos sujeitos.

As vezes que eu vim foi rápido. (U 1)

Bom, porque o atendimento, quando a gente precisa de um exame ele não demora 400 ano! O pessoal comunica, a gente é bem atendida, eu acho muito bom. (U 4)

Eu não gosto de deixar uma pessoa uma hora, duas horas, aguardando. (P 4)

Nesse aspecto, salientamos que a forma de acolhimento e inclusão do usuário que promova a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e a efetivação do acesso

aos demais níveis do sistema é um dos parâmetros do Humaniza SUS para acompanhamento da implementação na Atenção Básica. (BRASIL, 2004b).

Entretanto, outros aspectos devem ser considerados, como o atendimento que ofereça **resolutividade na atenção**, isto é, que traga respostas aos problemas dos sujeitos. O atendimento deve ser acolhedor em todas as etapas necessárias e resolutivo baseado em critérios de risco desde a chegada do usuário, e com possibilidade de ser referenciado e de acompanhamento, se necessário. Alguns desses itens foram contemplados nas falas dos participantes.

[...] tentar resolver o problema. Eu sei que às vezes não dá pra resolver o problema, mas pelo menos encaminhar, indicar uma solução, um caminho. (P 5)

Mas, aqui eu sei quando um paciente deveria ter voltado, mas não voltou, consigo ter esse acompanhamento... (P 1)

A importância do relacionamento com os profissionais de saúde foi evidenciada pela confiança que sentem neles, por serem escutados, por serem atendidos com qualidade. Foi importante ouvir a declaração de que o bom atendimento deve iniciar quando o usuário chega e acompanhar até o final, quando ele vai embora.

O atendimento às necessidades de saúde do usuário pelos serviços de saúde, respeitando o sujeito na sua integralidade, tem caráter positivo nas relações, como podemos constatar nas falas:

Sou bem atendida aonde a gente vai pelo SUS [...]. Mas, sou bem atendida tanto pelo médico como pelo pessoal que trabalha aqui. (U 4)

O bom atendimento é que você consiga prestar um bom atendimento para ele na hora que ele chega [...]. (P 9)

Atender bem é ver o paciente da entrada até o final. (P 10)

Também foi verbalizado o comprometimento dos profissionais de saúde para com os usuários, mesmo aqueles que às vezes não valorizam os cuidados necessários para a promoção da saúde.

[...] ela deverá vir amanhã de manhã. Se ela não vier, eu vou atrás, eu vou buscá-la [...].
(P 1)

Muitas vezes, as necessidades do paciente são diferentes das do profissional, ou estão em outro nível de prioridade. Contudo, a busca do cuidado geralmente se dá em momentos de crises, assumindo-se então o seu papel de protagonista.

A avaliação das necessidades dos pacientes, para poder priorizar as ações mais urgentes e, também, a quantidade de pessoas aguardando para que um procedimento seja executado merecem visão e planejamento do profissional, para que ele não desperdice seu tempo e organize o cuidado.

Ter visão de trabalho por quê? Porque, se você está fazendo um curativo, você tem que ter a visão do trabalho, que de repente tem mais dois, três, lá fora te esperando, para fazer curativo [...]. (P 9)

Portanto, “falar em humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar em tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos no processo de trabalho”. (SIMOES *et al.*, 2007, p. 440).

Alguns participantes lembraram a técnica e valorizaram a importância da equipe de enfermagem falar a mesma linguagem e ter como ancoragem para essas ações saberes com os mesmos fundamentos para evitar a desorientação dos usuários, pois a equipe é constituída por profissionais (pessoas) com modos de ser e com formação em instituições diversas, o que faz que sejam diferentes entre si.

Para prestar um cuidado humanizado [...]. Eu acho que depende da personalidade de cada pessoa: a minha personalidade é essa, já meu colega tem a personalidade dele. Não sei se é assim, por que que é assim. Ou, às

vezes, a própria situação, entende? (P 7)

É poder trabalhar, todos os profissionais falando a mesma linguagem, a equipe toda falar a mesma linguagem. Pois se ele chega para mim eu vou orientar ele assim, se ele chega lá, ela vai orientar assim também, dentro do que é certo, dentro das possibilidades do que é necessário. Eu acho que tem que ser assim. Assim, deveria ser com todos, não eu chegar lá e falar uma coisa, e ele chegar lá na outra sala e daí outro profissional falar outra coisa, porque daí o que vai acontecer, ele vai ficar confuso, porque um fala uma coisa e outro fala outra, daí ele a cada momento acaba ficando mais inseguro. (P 10)

A equipe de saúde deve ter a mesma orientação teórica, porém existe a diversidade de modos de agir e de situações, que exigem a atuação diferenciada por parte dos profissionais, o que entendemos como individualidade no cuidado, considerando que cada ser humano é único, como discutido nos princípios do SUS.

Isso vem ao encontro das diretrizes da PNH, que preconizam: estimular práticas resolutivas; reforçar o compromisso com o sujeito e seu coletivo; estimular diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; ampliar o diálogo entre os profissionais e entre os profissionais e a população; implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde; elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; comprometer-se com o trabalho em equipe de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade com a rede de apoio profissional, visando à maior eficácia na atenção em saúde. (BRASIL, 2004a).

A **valorização do trabalho** na saúde – e, conseqüentemente, do trabalho dos profissionais – se faz necessária por serem os mesmos os produtores das ações e

estarem em contato direto com os usuários com suas vivências. Para os participantes da pesquisa, quando esses profissionais forem devidamente motivados e valorizados (emocional e financeiramente) é que teremos as mudanças necessárias.

Digo assim: o prefeito, o estado considerar bem eles. Pagar um salário digno, coisa assim. Porque, não é só eles trabalharem, trabalharem... Atenderem bem o pessoal e não serem recompensados por isso! (U 1)

Pela comunidade também [a qualidade do atendimento], não é? Eu acho que estão todos aí para ajudar! (U 1)

Aumento de rendimentos por méritos no serviço – resultados do serviço. (P 1)

Alguns profissionais de saúde, participantes do estudo, demonstraram insatisfação quanto a essa valorização (emocional e financeira) que recebem pelo seu trabalho.

[...] no sentido de reconhecimento, não precisa ser um troféu, uma medalha, entende? Ou, às vezes, o próprio posto, o próprio coordenador do posto dizer 'ó, parabéns você está sendo...' Porque às vezes é uma loucura, não é! (P 7)

[...] eu acho que os profissionais de saúde sentem muita falta do serem cuidados, o cuidar de quem cuida [...] (P 2)

Então, eu acho que deveria ser mais valorizado na questão salarial, na questão... Você sabe que o PSF teria que ganhar, tem uma, teria que ter uma diferença. [...] Eu acho que isso aí é muito importante, é um estímulo que o funcionário ganha. (P 7)

[...] o trabalho da enfermagem não está sendo valorizado aqui no município. O enfermeiro está ganhando mal, e o auxiliar nem se compara... O pessoal está ganhando muito mal, não está ganhando o salário que

deveria ganhar. (P 9)

Em suas diretrizes, a PNH preconiza “a promoção de ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS”. (BRASIL, 2004a, p. 13).

A maior valorização observada e verificada na fala de muitos está direcionada ao amor profissional e à gratificação interior sentida por eles ao realizarem suas funções. A satisfação com as ações desenvolvidas e a importância do relacionamento dos profissionais de saúde com os usuários foram evidenciadas pela possibilidade de melhorar a cada dia no seu trabalho.

É a tua realidade do teu ser, e dividir faz parte e é muito bom. (P 2)

Eu acho que é um privilégio, porque, cuidar de outros é mais apropriado e faz mais, assim... Constrói mais do que de repente se eu estivesse do outro lado, recebendo. (P 2)

[...] ser enfermeira é um prazer, é um amor, é uma vocação. A enfermagem a gente ama! (P 3)

Acho que dá uma gratificação para a gente, a gente se realiza, quando tem o dom de cuidar [...]. (P 4)

Satisfação, por ter contribuído para alguma coisa melhorar. (P 5)

Com certeza é muito importante. É uma maneira assim que tu tens de ver o paciente como um todo. Além de você prestar o atendimento do corpo, também tem o espírito, a alma, que também vai depender muito do tratamento que você dá para esse paciente, se é um tratamento humanizado vai ajudar, no bem-estar dele físico, vai ajudar no diagnóstico dele. (P 9)

Nesse sentido, para cuidar de forma humanizada, o enfermeiro deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, transformando o conhecimento em ações e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essas ações. (BARBOSA; SILVA, 2007). Como foi citado, isso é um aprendizado, é um construir-se nas relações.

Eu me sinto realizada nas minhas concepções, no que eu tento ser. Mas, que nem eu te falei, não sou 100%, sou um ser vivo em evolução, numa escola. Às vezes eu tiro zero, às vezes eu tiro dez, é uma escola! É um aprendizado! A vida é uma escola, cada atendimento seria uma matéria, um aprendizado novo, você tem a possibilidade de aprender em cada atendimento. (P 3)

Deve-se ainda ressaltar que humanização “implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado”. (SIMOES *et al.*, 2007, p. 440). Aparece essa preocupação nas falas dos profissionais, quanto à melhoria do seu trabalho, o agir diferenciado e a capacidade de avaliar as ações de forma contínua, com comprometimento com a equipe e a consciência da sua responsabilidade nesse processo:

Porque eu preciso me melhorar para melhorar o meu trabalho e eu penso que muitas coisas ajudam se eu colaborar, porque aí a equipe, a tornaria mais forte, unida [...]. (P 2)

Então, eu posso ser a diferença, eu posso ser a diferente. Então, vai depender da minha maneira de agir à maneira do paciente. Claro, com certeza. (P 3)

Geralmente a gente vai avaliar quando tem alguma coisa que não deu certo, pela cobrança com a gente, ou do que aparece. Melhor seria avaliar o que isso está produzindo. (P 4)

Em sua estratégia, a PNH coloca a importância da promoção de ações que assegurem a participação, o comprometimento e a co-responsabilidade dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional. (BRASIL, 2004a). Exige uma postura diferenciada do profissional nesse sentido.

Para a implantação de uma PNH que se efetive transversalmente às demais ações e políticas de saúde, é necessário combinar a atuação descentralizada dos diversos atores que constituem o SUS, com a articulação e a coordenação necessárias à cooperação e ao acúmulo de experiências. (BRASIL, 2004a).

O cuidado com os profissionais, de forma humanizada e ética, para que eles também, ao sentirem a humanização, reforcem ainda mais seus atos pautados nessa prática, foi enfatizado pelos participantes.

Mas, eu acredito que algum trabalho em cima, não sei se em capacitações... Não sei, mas eu acho que isso ajuda, porque faz refletir. Eu acredito que todo o ser humano precisa. (P 2)

Cuidar dos funcionários de forma humanizada [...]. (P 1)

Cuidar da saúde emocional dos trabalhadores. Cuidar da parte financeira e da saúde moral, porque, para as pessoas começarem a trabalhar com um pouco mais de motivação, ter um serviço que faça este atendimento com ética. (P 1)

Na fala de alguns participantes, nota-se que sentem falta de reunião periódica da equipe, em que os assuntos discutidos sejam os de relevância para a equipe e assim todos tenham voz para as contribuições e uma maior participação na organização do serviço.

A reunião de equipe acaba sendo uma reunião administrativa da equipe. (P 2)

[...] *então a organização começa, com a organização do serviço.* (P 3)

A reunião de equipe pode ser um momento importante para os mais diversos encontros: discussão de casos, revisão de condutas, elaboração de projetos terapêuticos, educação continuada, planejamento de ações. É um espaço onde cada um pode acolher o outro e também ser acolhido, onde a valorização das reflexões, de trocas, de criação de redes de apoio acontece e que permite a cada um sentir-se sujeito de sua história individual e da equipe. Pode-se também fazer o fechamento dos inúmeros relatórios normalizados e utilizar os dados produzidos para conhecer melhor o território, avaliar o trabalho realizado, planejar, organizar as informações a serem compartilhadas com a comunidade. (BRASIL, 2009b).

Cabe salientar que o fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a integralidade multiprofissional na atenção à saúde e prestação do cuidado é um dos princípios norteadores da PNH.

No SUS, a humanização depende “do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas”. (CAMPOS, 2005, p. 399).

Em suas diretrizes, a PNH aponta a necessidade de “ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo assim a **gestão participativa**”. (BRASIL, 2004a, p. 12). Observa-se nas falas de vários participantes a importância da participação de todos os atores nesse processo ainda em construção, inclusive com a participação da comunidade, num processo contínuo de construção.

Eles podem ajudar, digamos assim, fazer uma assinatura, alguma coisa assim para ajudar as pessoas também! (U 1)

Era um programa e programa tem começo e fim. Mas aí, mudaram o nome para que não fosse mais um programa que pudesse ser extinto, ‘é uma forma de atuação, uma estratégia na verdade’... (P 1)

[...] *se eu fosse uma coordenadora, eu*

tentaria fazer com que eu me tornasse melhor e também meus funcionários. (P 2)

De que adianta um gestor bem humanizado, uma abelha rainha muito boa e uma abelha operária muito ruim, acho que todos... É uma equipe, nós somos uma equipe. (P 3)

Eu acho que basicamente a organização do serviço, com uma visão diferente, e isso está sendo tentado por todas as administrações. Acho que a gente está crescendo cada vez mais nesse sentido. [...] (P 3)

A utilização da informação, da comunicação e da educação permanente, bem como dos espaços da gestão participativa, torna-se instrumento para a construção de uma cultura institucional de humanização. Deve-se buscar integrar a administração do serviço, parceiros e trabalhadores, os profissionais e a clientela, num esforço de qualificar gestão e atenção em saúde na perspectiva de humanização.

No eixo da atenção básica, a estratégia da PNH propõe “incentivo do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersetorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores”. (BRASIL, 2004a, p. 11).

Para a construção de vínculos, responsabilização e resolutividade da atenção básica, são muitos os desafios que podem levar a novos arranjos de trabalho, novas formas de gestão, novas perspectivas de olhar para a saúde, de reformular o conceito saúde-doença, de integrar o usuário no sistema de modo ativo e de valorizar os trabalhadores, ajudando-os a encontrar maneiras singulares de produzir saúde e enfrentar circunstâncias que podem ser transformadoras para o seu cotidiano. (BRASIL, 2009b).

6.2.2 Protagonismo dos Sujeitos

Ao abordarmos o protagonismo dos sujeitos, não podemos deixar de abordar a **busca pelo atendimento** de qualidade e com resolutividade, que deve ser considerada pelos profissionais de saúde. Além do conhecimento das necessidades de cuidado, a investigação da origem do problema vivenciado pelo usuário, a orientação como forma de comprometer e articular o autocuidado com os usuários, como também a preocupação em encaminhar para a solução do problema, quando ele não puder ser resolvido na unidade, não foram esquecidas pelos participantes.

Então, eu acho que deveria estar vendo lá da raiz, de onde está começando tudo isso. (P 10)

Eu vou buscar nele as potencialidades dele, mostrar para ele que ele é capaz, que ele pode fazer, sem medo de errar, vou ensinar a técnica. (P 3)

Os profissionais da saúde, sujeitos da pesquisa, salientaram a importância de **fortalecer o protagonismo** dos sujeitos, no sentido de melhorarem a sua capacidade de viver e exercer a sua cidadania.

E avaliar o que é uma emergência, de ter esse discernimento. O ato de ouvir o paciente, de organizar para alguém ouvir ele, avaliar, eu acho importante. (P 3)

Barbosa e Silva (2007, p. 547) ressaltam:

Perceber o ser humano como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética, é fundamental para começarmos a caminhar em direção à humanização dos cuidados de saúde.

A garantia dos **direitos e deveres dos usuários** foi observada durante o tempo da coleta de dados. Esses direitos são preservados e notoriamente garantidos no seguimento das ações e pela preocupação da organização delas.

Visita domiciliar, acolhimento, [...] Receber bem, na recepção, [...] com calma, com humildade, o fazendo ver que não é do jeito que ele quer, é do jeito que as coisas devem funcionar. [...] Tratar bem o paciente, conversar, encaminhar, não enrolar. (P 5)

Todas, todas as ações, desde a recepção, do atendimento de enfermagem, atendimento médico, visita domiciliar, a medicação, os sinais vitais, o respeito com as pessoas. O tratamento igual para todo mundo, independente de quem for, desde o menor até o maior. (P8)

A dignidade da pessoa, a liberdade e o seu bem-estar são fatores que permeiam a relação profissional de saúde-usuário. Assim,

a humanização do atendimento implica em transformações políticas, administrativas e subjetivas, necessitando da transformação do próprio modo de ver o usuário: de objeto passivo a sujeito; do necessitado de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta qualidade e segurança, prestado por trabalhadores responsáveis. (SIMOES *et al.*, 2007, p. 440).

6.2.3 Modelo de Atenção: Responsabilização e Vínculo

A fenomenologia descritiva tem por intuito descrever e analisar os dados da experiência direta, guiada pela intencionalidade da consciência. Assim sendo, “a fenomenologia propõe a subjetividade como a possibilidade mais adequada de compreender o mundo social exatamente como ele é vivenciado”. (BARBOSA; RODRIGUES, 2004, p. 207).

O modelo de atenção utilizado pelas equipes é baseado na realidade vivida dos usuários de sua abrangência, e pautado pela responsabilização e vínculo conseguidos pela prática do diálogo e acolhimento, como podemos observar nas falas dos participantes:

[...] a primeira coisa que eu acredito é você tentar conhecer a realidade, deixar a pessoa contar como ela se vê, o que ela faz, como ela vê a família dela, tanto que a gente aprendeu a fazer o etnograma e o ecomapa. (P 1)

Cabe ressaltar que, para que essa **relação dialógica** entre profissional de saúde e usuário seja um encontro existencial, a responsabilidade de ambos no estabelecimento é primordial, deixando assim de ser apenas uma consulta diagnóstica, mas estabelecendo a relação e o vínculo e responsabilização de ambas as partes.

[...] tu conheces a pessoa, acompanhas, e na verdade, é uma via de duas mãos. Tu tens que ficar aberto a eles, e eles contigo – e vice versa. (P 1)

[...] tu percebes que o paciente faz o que você pediu, porque ele não quer te decepcionar, não nessas palavras, mas pelo vínculo que você tem. (P 1)

Trata-se de assumir o **compromisso e vínculo** com outro e com a sua saúde, numa forma de criar vínculos entre o profissional e o usuário.

[...] às vezes você se dedica horas e horas com o paciente e você sabe que daqui a pouco, os familiares ou o paciente não vão lembrar de você. Mas, não é para eles se lembrarem de você, é por que você estava no lugar certo, no trabalho certo, fazendo o que você deveria fazer [...]. (P 2)

A visita domiciliar, o toque, eu acho uma coisa muito importante, sabe! O sorriso...

Tem aquela coisa que você sente que as pessoas já te tratam diferente, cumprimentam, e a pessoa que você foi a casa, te trata assim muito bem, ela te reconhece. Porque, senão fica uma coisa muito assim: eu e você aqui dentro e ela não sabe teu nome, não sabe quem tu és. E quando a gente vai na casa, ela vai vir direto em ti, você já cria um vínculo tão grande que, eu não tenho resistência em ter que ir quatro, cinco vezes a uma casa. (P 8)

Aonde o funcionário vive interfere muito na saúde da pessoa [...]. (P 1)

Esse vínculo, como ligação afetiva e ética entre usuário e trabalhador de saúde, caracteriza-se por uma convivência de ajuda e respeito mútuos, aproximação que promove um encontro. É um “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade.

Uma das possibilidades de estabelecer esse vínculo, com responsabilização, é através do **acolhimento**. O acolhimento é uma prática diária a ser observada e executada para prestar um atendimento holístico. Esse acolhimento significa abertura para o outro, a importância da escuta, do chamar pelo nome, do contato olho no olho, do tratamento individualizado, entre outras coisas.

O fato de o usuário saber que pode conversar com o profissional de saúde, ter suas dúvidas respondidas, perguntar, ser tranquilizado, faz com que se sinta cuidado, tratado com respeito para poder confiar, sentindo-se seguro, sendo respeitado como sujeito no processo de saúde. Considerá-lo como cidadão, com o direito de participar e de receber um atendimento de qualidade, pode ser avaliado até como uma importante operacionalização da humanização da assistência em qualquer instituição de saúde.

[...] o acolher bem e eu acredito que é se

dedicar também um pouco, ter paciência que, às vezes, a gente nem está com tanta pressa, nem tem uma coisa tão urgente depois! (P 2)

O acolher [...]. O receber o paciente começa lá no balcão [...]. Com um sorriso, com uma delicadeza, com educação, recebendo essa pessoa como uma pessoa que ela é, um ser vivo, alguém que veio buscar alguma coisa. (P 3)

[...] quando tu acolhes, a pessoa se abre, tu sabes muito mais sobre ela, e ela também vê o serviço de outra forma. Se for só aquela coisinha 'é assim e pronto', a pessoa pode não entender, mas se tu disseres é assim por isso, isso e mais isso, e tem que ser assim, a pessoa vai entender diferente e vai te tratar diferente. (P 5)

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas), é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde. (BRASIL, 2008b).

A valorização do diálogo e os aprendizados conseguidos pelas experiências, mesmo as negativas, quando apesar da tentativa não se conseguiu alcançar o usuário para uma mudança de comportamento, também se fizeram presentes nas falas.

Para mim é complicado, como coordenadora, atender o paciente, por que eu não consigo manter um diálogo sem interrupções [...]. (P 1)

Então, eu acho que com certeza isso vai colaborando, vai crescendo. As vivências, com certeza! (P 3)

A humanização evidencia a importância do diálogo entre profissional de saúde e cliente, o que indica uma relação entre semelhantes, em que ambos se consideram como pessoas capazes, sendo uma relação 'eu-tu'. O diálogo que se espera na humanização ocorre necessariamente entre iguais, no sentido de que todos contribuem para a construção do processo e das ações de cuidado.

Em suas diretrizes, a PNH propõe a adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável durante os atendimentos e permanência dos usuários na unidade. A sensibilização das equipes de saúde em relação aos problemas sociais e aos preconceitos, a co-participação entre os profissionais e os usuários para a produção de saúde, assim como a valorização na troca dos saberes, são itens importantes a serem observados para garantir a transversalidade dessa política. (BRASIL, 2004a).

Nesse sentido, ressalta-se a relevância de se repensar a relação que se estabelece entre profissional de saúde e usuário, promovendo uma nova cultura de atendimento em saúde, seguindo os pressupostos da humanização da assistência em saúde, como discutiremos a seguir.

6.3 A HUMANIZAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM E USUÁRIOS

O Humaniza SUS vê como possibilidade a construção de vínculos entre os profissionais nas equipes e com os usuários para produzir graus crescentes de autonomia e coresponsabilidade. Aposta também na criação coletiva de ações e na atuação em rede. (BRASIL, 2009b). Nesse sentido, as relações que se estabelecem são relevantes na construção do processo de acolhimento e na produção de sujeitos.

6.3.1 Acolhimento

Uma das questões colocadas pelos sujeitos é de que para a humanização acontecer nas relações é importante que ocorra **interação**, a partir da troca, que só acontece quando as pessoas se envolvem num encontro verdadeiro e genuíno, recheado de confiança, que é conquistada progressivamente entre os atores envolvidos.

[...] de se colocar no lugar dele sempre, num relacionamento assim, qualquer tipo de interação. (P 1)

É olhar o ser humano de uma maneira diferente. (U 5)

Você vai percebendo, assim, como as pessoas se veem ou como elas tentam não se mostrar. (P 1)

[...] o que você está vivendo agora é uma coisa especial, mas daqui a pouco passou, passou. Então, se eu demorar quatro ou cinco minutinhos com alguém, tudo bem, daqui a pouquinho isso já foi. Mas fica aquela coisa boa, tu entendes? Fica aquela coisa no ar, no ser. (P 2)

A humanização nos serviços de saúde deve ser praticada, com os profissionais e usuários, com diálogo, buscando a construção de novos caminhos capazes de levar a um novo modelo de gestão da saúde pública para todos. (CAMPOS, 2007).

Os espaços da atenção básica favorecem encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS. Para tanto, é preciso considerar “o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades”. (BRASIL, 2009b, p. 9-10).

Assume extrema importância a forma simples e delicada

com que Pessini *et al.* lembram como devem ser as relações entre pessoas num verdadeiro encontro de seres humanos:

Diante de um cotidiano desafiador em que nos defrontamos com situações indesejáveis de indiferença, a solidariedade e o atendimento digno com calor humano são imprescindíveis. Ser sensível à situação do outro é perceber o querer ser atendido com respeito, em um vínculo de diálogo e de interesses compartilhados. Não podemos esquecer que em toda relação profissional, construída na confiança, estamos sempre diante de uma situação de encontro entre uma competência e uma consciência, o que exige responsabilidade e compromisso éticos. (PESSINI *et al.*, 2003, p. 204).

Conviver e relacionar-se é um processo contínuo de aprendizado, considerando as diferenças entre os sujeitos e flexibilização das ações. A cada momento vamos somando e nos transformando, podemos dizer que a humanização é um processo de mudanças constantes baseadas nas relações que se estabelecem, baseadas em **valores éticos** e no **comprometimento** entre os seres humanos.

Eu acho que é a atenção que eles dão para a pessoa. As pessoas vêm aqui, pegam uma ficha e não sabem o que têm para fazer, onde têm que ir e eles ensinam. (U 3)

E acho que também é muito importante a convivência com essas pessoas [...]. Essas coisas são muito sutis, muito delicadas, porque se você fica muito no meio você se contamina. Se fizer muito você também fica muito egocêntrico... Então, é muito delicado. Por isso que é uma educação continuada, você tentando buscar, peneirando e separando o joio do trigo, mas é um processo contínuo de aprendizado. (P 3)

Depende, mas tem que ter carinho, porque se você está ali no balcão, se você não tem carinho e paciência e educação... Tem que

saber como funciona tudo para poder orientar. (U 5)

As pessoas relataram que para melhorar as relações é preciso compreender o processo de humanização, como também se conhecer, aceitar-se e se amar como ser humano, o que é uma questão bastante complexa.

O que eu vou entender de uma ação humanizada? O que eu vou entender de atendimento humanizado se primeiro eu não agir desta forma, nem comigo mesmo? Então, eu acho que primeiro nós temos que nos melhorar, nos amarmos mais, porque é muito complicado. (P 2)

Apesar de considerarem que há necessidade de coordenação das atividades nas equipes da ESF, salienta-se que todos os elementos da equipe são importantes e devem atuar em sincronia e de forma articulada, conforme observado na fala a seguir:

Eu acho que você tem que ser uma peça-chave na equipe, porque todos da equipe são peças-chave. Se você está em um quebra cabeça e uma pecinha estiver recuando na sua forma, o quebra cabeça vai ficar feio. (P 3)

Dessa forma, a humanização supõe diálogo, troca de saberes entre profissionais, pacientes e familiares e modos de trabalhar em equipe. Ressalta-se que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para resolver problemas, mas à produção de grupos que embase construções coletivas, que leve à mudança pelos encontros entre seus componentes (BRASIL, 2004a), assumindo as características de um trabalho interdisciplinar.

Toda a forma de encontro é válida. Na atenção em saúde, as estratégias, como grupos, atendimentos agendados e visitas domiciliares, podem contribuir para esse encontro. São lembradas como mais uma estratégia de **aproximação**,

valorização do outro e como forma de **vínculo** entre a equipe e os usuários.

[...] pra eles isso é um privilégio alguém estar indo na casa deles, um médico, uma enfermeira. Eles se sentem valorizados e eles querem, eles gostam, eles acolhem a gente. (P 4)

[...] a visita domiciliar é humanizante. [...] agendamento com hora marcada. (P 3)

A valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização, é um princípio norteador da PNH. (BRASIL, 2004a, p. 9).

Assim, é importante destacar que uma das formas de estabelecer relações mais humanizadas na equipe de saúde é o desenvolvimento das habilidades de relacionamento entre os membros. Uma das formas apontadas seriam **encontros** formais e não formais entre os membros, como reuniões de confraternização, nas quais as pessoas têm mais tempo e abertura para se (re)conhecerem e trocarem experiências.

Em primeiro lugar, para prestar um cuidado humanizado, eu acho que precisa um cuidado para os funcionários com relação à humanização. (P 7)

Hoje a gente, quando as pessoas estão de aniversário, faz (uma confraternização), mas é aqui dentro do trabalho, tinha que ser fora, eu acho que isso aí seria interessante. (P 7)

A reunião de equipe, com espaço e tempo programados, pode constituir-se numa potente estratégia para a qualificação da equipe, troca de saberes e deslocamento de poderes, tanto entre os profissionais como entre estes e os usuários. Essa atitude facilita a resolução dos problemas e promove o protagonismo e

valorização dos trabalhadores. (BRASIL, 2009b). Constitui-se um momento de interação e integração da equipe, como um importante espaço de diálogo.

Surge a **empatia**, que, como sentimento, humaniza a relação, considerando a necessidade sentida pelos profissionais de se colocarem no lugar do outro, de se identificarem com o outro, numa forma de entenderem o que as pessoas sentem e esperam do atendimento. É citada como forma de humanizar o atendimento nos serviços de saúde.

[...] a gente tem que ter empatia, tentar se colocar no lugar do outro e a gente vai conseguir entender. [...] Eu acho que tem muitos profissionais que têm que ser mais humanos. Tentar se colocar no lugar do paciente, tentar sentir o que o paciente está sentindo, a dor, o sofrimento. (P 5)

6.3.2 Produção de Sujeitos

É importante que os profissionais se reconheçam, saibam que com sua capacidade de melhorar nas relações e ações junto ao usuário podem contribuir para que o trabalho e o processo de humanização aconteçam numa construção baseada na **unicidade, solidariedade e respeito mútuo**.

A atenção que a gente não tem lá fora, tipo: eles fazem um trabalho em torno da gente. (U 3)

Como você também tem que tratar bem as pessoas para ter um bom atendimento, com respeito. Eu acho isso. Funciona assim. (U 4)

Primeira coisa é acolher a pessoa com paciência, pois a pessoa que chega doente não está legal e a pessoa devia ter mais carinho, em primeiro lugar. O carinho faz parte de uma cura. (U 5)

Porque eu preciso me melhorar, para melhorar o meu trabalho. Eu penso que muitas coisas ajudam, se eu colaborar,

porque aí a equipe, se tornaria mais forte, unida... [...] Eu acho que usuário vai colher aquilo que o funcionário é e o que ele quer ser. Então, eu acho que nós devemos nos melhorar. Humanizar-nos. (P 2)

A fenomenologia social prioriza as relações sociais, a relação com o outro. Dessa forma, a compreensão do vivido na cotidianidade supõe a análise da ação social em relação a motivos e finalidades. Quando tomo uma atitude, espero que você responda de uma determinada forma, ou seja, eu ajo de determinado modo a fim de que você reaja motivado por causa da minha ação. (BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

Na equipe, **o estar presente** e a **união** de um grupo de pessoas com o mesmo objetivo favorece a troca de experiências e saberes facilitando a promoção da saúde. Os grupos de trabalho, principalmente junto aos usuários, também apareceram nas falas.

[...] que fazer grupos [...] a gente socializa, um de cada canto, a gente acaba unindo as pessoas, fazendo com que as pessoas conversem. Muitas pessoas até às vezes nem se dão muito bem, como vizinhos, e acabam se dando, acabam conversando normalmente. (P 6)

Porque daí você vai estar ali, naquele momento fazendo essa ação com aquelas pessoas, com aquele grupo, que naquele momento é o momento de estar mais com eles. (P 4)

A prevenção também. O prevenir uma doença que possa vir... Os grupos são muito importantes: hipertensos, diabéticos, gestante, enfim. (P 10)

A Política Nacional de Humanização aposta na grupalidade, na força do potencial de afetar e sermos afetados na prática clínica, individual e coletiva. Essas trocas produzidas nos encontros entre pessoas facilitam ou dificultam a criação de

vínculo. É enriquecedor criarmos com os usuários rodas de conversa onde exercitamos a lateralidade – conversação onde ocorram trocas entre profissionais e usuários no cotidiano da unidade de saúde. (BRASIL, 2009b).

Uma das questões consideradas relevantes nas relações humanizadas é a **ajuda mútua**, que implica em troca constante entre os sujeitos. Aqui, algumas falas fazem sentir a falta da ajuda e da visão holística entre os atores envolvidos.

E outra visão é que assim: você está trabalhando numa equipe. Então, se eu estou trabalhando numa equipe, mas não sou responsável por uma determinada sala, mas eu não tenho nada no momento para fazer, daí eu vou fazer de conta que eu não estou vendo lá o meu colega que está cheio de coisas... Eu vou e eu ajudo o meu colega. Porque tudo o que a gente faz de bom retorna para a gente. (P 9)

[...] que é as pessoas ajudarem uns aos outros, acho que é por aí, né? Ajuda mútua. (U 1)

[...] é de você passar para o paciente que você está ali para ajudar ele. (P 3)

Humanizar a saúde é qualificar a relação entre o profissional da saúde e o paciente. É suportar as angústias do ser humano diante de suas fragilidades. Destaca-se nessas relações “a presença solidária do profissional traçando um caminho de compreensão refletida e de competências relacionais positivas”. (PESSINI *et al.*, 2003, p. 204). Trata-se também de considerar o usuário/paciente como centro das ações dos profissionais de saúde, questão que nem sempre é considerada.

Pena que tem muitos profissionais que não veem o paciente como um todo, porque não adianta ter uma profissão e um lugar para trabalhar, porque se nós não tivéssemos os pacientes nós não teríamos nada. (P 10)

[...] acho que a gente deveria se sentir mais segura, conseguir se sentir mais tranquila, ter

uma realização profissional. A gente tem aquele objetivo, uma vontade de que as coisas mudem e, às vezes, a gente não tem apoio, não tem incentivo, nem as próprias colegas não ajudam [...]. (P 10)

Podemos então dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania, na qual se deve olhar cada pessoa em sua especificidade, sua história de vida, mas também a olhar como uma pessoa que faz parte de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas. (BRASIL, 2004a).

Tomamos a humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, sabendo que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar as realidades, transformando a si próprios nessa vivência. (BRASIL, 2004a). Sabemos que muitas dessas transformações estão imbricadas na forma como ocorrem as relações entre os diversos atores. Trata-se de questão complexa que deve ser constantemente problematizada.

Para Puccini e Cecílio (2004), “a humanização é um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de intervenção eleita”. Aparecendo primeiro como a “busca de um ideal”, surge em várias frentes de atividades e com vários significados, dependendo das pessoas que as executam, e tem representado um resumo de “aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos”. Cada uma dessas frentes compõe e classifica “um conjunto de situações práticas, teóricas, comportamentais e afetivas que teriam uma resultante humanizadora”.

6.4 LIMITES E POTENCIALIDADES NA HUMANIZAÇÃO DAS RELAÇÕES NO SERVIÇO

Como processo em construção, foi possível encontrar alguns aspectos considerados como limitantes e alguns como facilitadores para a humanização das relações nos serviços, o

que analisaremos na sequência.

6.4.1 Limitações na Humanização das Relações

Vários fatores limitantes para o atendimento humanizado emergiram nas falas dos participantes, alguns como resultado de reflexão do que os participantes acham que não podem acontecer, outros comentando alguns fatores negativos (desumanizantes) vivenciados em algum momento das atividades. Esses fatores aparecem na maioria das falas dos participantes profissionais.

A **demora** no atendimento ou **perda de exames/documentos** aparece nas falas como falha humana, como vemos a seguir:

As moças perderam o papel e eu não fiz (o exame) e... Agora eu acho que tenho que marcar de novo, pois o médico que me operou disse que eu tinha que fazer. (U 1)

Às vezes, os exames demoram um pouco, mas sempre sai, tem muita gente. (U 5)

A **falta de capacitação dos profissionais** foi considerada pelos sujeitos como um importante fator limitante para as relações mais humanizadas no cuidado, considerando que muitas vezes os profissionais não têm condições de manejo adequado frente às situações apresentadas.

Botar um pessoal sem treino, sem treinamento para o serviço. Isso é uma coisa que pode dificultar... [...]. Contratar pessoas que não tenham certo treino, um curso, uma coisa, não é? (U 1)

Falta de treinamento e falta de experiência. Não pode ser contratada. (U 1)

[...] falta ainda amadurecimento, falta sentimento, falta um comprometimento, é alguma coisa, assim pessoal, de cada um

[...]. (P 2)

A contratação de pessoal com falta de preparo técnico/científico e humano/filosófico, às vezes com pouca experiência, acontece nos serviços e pode dificultar a assistência. A falta do envolvimento dos profissionais com as questões e com os atores que participam do cuidado caracteriza-se como uma dimensão pessoal limitante.

Podemos nos reportar a Paterson e Zderad (1976, 1979), quando afirmam que a experiência abre possibilidade para entender o próximo. A prática de enfermagem, nessa teoria, alia a escolha por conhecimento, para poder concluir que o outro também é consciente de si mesmo, e por isso também tem respostas sobre a sua condição humana, do mundo e dos seus significados.

Assim, juntando a qualidade de autenticidade pessoal, o enfermeiro adquire a capacidade, uma força inata para estar sempre começando e escolher ações responsáveis, fundamentadas no conhecimento humano. Nesses termos, a enfermagem mostra sua preocupação com a forma como um sujeito em particular, com sua história, experiências e vivências, está recebendo um diagnóstico que será socializado com os profissionais da saúde, para que se cure e possa continuar vivendo a sua vida, visualizando o seu mundo.

Nesse sentido, é necessário promover educação permanente dos trabalhadores, considerando alguns dispositivos associados, como um plano de educação permanente para trabalhadores e um programa de formação profissional em saúde com base nos princípios da humanização.

Essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional, para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, o domínio do conhecimento técnico-científico, a capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho. (BRASIL, 2008c).

A falta de vontade de contribuir, comprometer-se com as atividades e com o grupo aparece na falas, demonstrando que

apesar do conhecimento sobre ações humanizadas, ouvidas durante as entrevistas, ainda ocorrem situações que provocam desconforto em alguns membros da equipe, como desrespeito com relação aos outros, prejudicando o entrosamento entre eles. Isso demonstra também que a reflexão sobre as situações vividas ou observadas faz parte do cotidiano de alguns, aumentando assim as chances de crescimento profissional.

Não acompanhar um paciente, às vezes ele precisa tanto, ele fica perdido, ele não sabe onde fica tal coisa. (P 2)

Eu acho isso desumano: você atender por atender, só! [...] Desumano também é você ficar no café, no intervalo mais do que o teu tempo [...]. (P 3)

[...] ser mal educado, ser grossa, ser estúpida [...] desrespeito [...] (P 7)

[...] eles chegam aqui desesperados atrás do medicamento, e alguém diz 'não' ou qualquer outro procedimento. A pessoa, não é por não poder fazer, é por não querer fazer, eu acho que pode tentar resolver de outra forma. Sei lá, eu não tive muita experiência. (P 5)

Falhas na comunicação foi outro item valorizado por várias falas, dando ênfase ao tom de voz ao falar, o como explicar ao orientar, ao saber ouvir, a delicadeza, educação, a priorização ou não e o esquecimento de alguns itens necessários para a continuidade das ações. Esses fatores limitam os atendimentos e em alguns momentos dificultam as relações entre os profissionais e profissionais e usuários.

O tom da voz muito alto, não manter contato visual com as pessoas, o não-escutar. Falar com o paciente fazendo outra coisa. [...] Agindo assim você demonstra que a outra pessoa é um ninguém. (P 1)

Se o paciente fala alto eu também falo, usando um tom que não seria o adequado ao profissional [...]. (P 2)

Se eu não gosto de me envolver, de demonstrar que estou abrindo o caminho para um relacionamento amigo [...]. (P 1)

[...] quando a gente fala que o paciente não entende, o paciente deveria isso, deveria aquilo, e o paciente não tem o conhecimento. Ele seria incapaz de fazer isso, de dar esse retorno, porque ele desconhece. (P 2)

É não querer ouvir [...] quando você se irrita [...] faz pouco caso [...] é não tentar compreender, se irritar, ser bruto, não considerar ele sensível, uma série de coisas. (P 2)

A falta de atendimento, a falta de tu conversares [...]. (P 8)

E tu não marcaste! É, eu me esqueci de marcar aqui. [...] falta de atenção, prioriza certas coisas e não ouvir. (P 8)

Os locais de atuação da atenção básica favorecem encontros que podem ser construtivos nas ações entre os atores das redes do SUS. Para isso, é necessário considerar a comunicação, o vínculo e as relações observando cada ser em sua singularidade e conseqüentemente com necessidades específicas. (BRASIL, 2009b).

A **rotatividade** entre os profissionais da equipe aparece como descontentamento, fator de perda na continuidade do saber, perda de vínculo e também como desrespeito à equipe que está inserida e com suas ações programadas em determinados tempo e espaço.

Olha, eu só não gostei muito daquela época que eu tinha que trabalhar para lá e para cá [...]. (P 4)

E assim, muita mudança de funcionários no espaço, e daí tu perde tudo o que ensinastes... [...]. (P 8)

Falta de profissionais dentro da unidade, a

transferência, quando tu começa a criar vínculo, tu organizas um trabalho, quando começa a conhecer a comunidade, em nove, dez meses, vai para outro posto. (P 8)

Antes se você dissesse: 'Meu Deus! Vai trocar de novo a funcionária desta área?' Respondiam: 'Se esta criou vínculo, a outra também cria.' (P 1)

Nesse ponto, Zampieri (2006) afirma que, em uma equipe interada e informada sobre o fluxo, as rotinas da unidade, uma equipe que participa do planejamento das ações, do serviço, que tem a mesma abordagem, que trabalha em harmonia, de forma comprometida, vai prestar uma assistência mais humanizada.

Em uma equipe, quando um dos membros sai e outra pessoa entra, leva um período para que quem entrou consiga inteirar-se e por fim ocupar seu lugar de direito (nas relações), adaptando-se e sendo pelos outros reconhecida. Nesse ínterim, acontece inevitavelmente a sobrecarga de trabalho e o acúmulo de funções para o grupo.

O acúmulo de funções ou a **sobrecarga de trabalho** teve ênfase nas falas dos profissionais, demonstrando insatisfação, cansaço e até mesmo desalento em algumas situações. Para os profissionais participantes da pesquisa, a solução estaria em aumentar o número de profissionais que constituem as equipes, pois assim poderiam idealizar e participar de um número maior de ações com a comunidade, efetivando a promoção da saúde.

Sempre tem alguma falha, porque ninguém acerta tudo. Porque o povo é muito e alguma coisa falta. (U 5)

[...] essa correria de todo dia... Eu não sei se tem que organizar melhor essa demanda. [...] a demanda é muito grande para a quantidade de pessoas que tem para estar atendendo e daí dificulta essas outras ações [...]. (P 4)

O excesso de atividade atrapalha, mas nem sempre. Só que tu tens que te dar conta de que você tem um limite também. Você tem

que dar conta de fazer tudo direitinho, você tem que ter limite de atividade para não interferir. (P 4)

[...] quando tem essas atividades de caminhada, de grupo de hipertensos, também poderia diminuir um pouco a agenda, porque uma das que fazem atividade lá vai sair para atender o grupo, não é? E a unidade fica cheia igual, porque as agendas estão cheias. (P 4)

Eu acho que ter um quadro completo de profissionais [...]. Nas folgas ou faltas ter substitutos, pois, isso quebra com a gente! Seria maravilhoso se a secretaria pudesse mandar alguém e a gente poderia dar um atendimento mais completo. (P 5)

[...] em primeiro lugar é termos mais profissionais na saúde. (P 6)

Faltam profissionais para o atendimento, profissionais da saúde no geral. (P 8)

[...] é pouco funcionário, então tu acabas tendo que fazer o trabalho de dois, três, e isso te sobrecarrega. Como eu penso que a pressa é inimiga da perfeição, tu acabas deixando algumas coisas, se descuida. (P 9)

Então teria que ter mais profissionais, cada um ter um tempo mais para poder, às vezes, ouvir esse paciente [...]. (P 10)

As equipes na unidade de saúde pesquisada estão formadas conforme preconizado na ESF, mas observa-se que quando idealizam e promovem ações de promoção da saúde sempre ocorre sobrecarga para as pessoas que ficam com as ações de rotina da unidade. Exige-se, assim, a cada ação promovida, um “fazer” a mais para todos os membros das equipes. Somam-se a isso os afastamentos legais, como por licenças médicas e outras folgas. Isso leva os profissionais a

sentirem a necessidade de maior número de profissionais para diminuir a sobrecarga de trabalho.

A falta de áreas para lazer dos funcionários é reclamada como **falta de lazer** por uma das participantes:

[...] o profissional tem que ter lazer [...]. A gente não tem lazer, a gente não tem uma academia lá para os funcionários fazer um exercício físico. Nós não temos nada disso, e outras firmas já têm isso. (P 9)

Como já discutimos antes, locais e ações de lazer enriquecem as relações pela troca de experiências no convívio e fortalecem os laços entre as pessoas (vínculo). Para que essas relações aconteçam, é preciso criar espaços coletivos, espaços de encontro entre as pessoas. Nesses espaços, é que se pode construir co-responsabilidade e aumentar o grau de autonomia de cada um. (BRASIL, 2009b).

A **insegurança** e a **insatisfação profissional** são verbalizadas como fatores que comprometem as relações, como temos a seguir:

Insegurança no trabalho pode diminuir o comprometimento. (P 1)

A insatisfação profissional, muitas vezes, leva a pessoa a não se importar [...]. (P 1)

Conforme Simões *et al.* (2007, p. 443-444),
assegurar melhores condições de trabalho, assim como adotar estratégias de reconhecimento e de valorização dos profissionais, denota respeito e, conseqüentemente, um ambiente de trabalho mais humanizado.

A **inabilidade para lidar com as emoções** foi colocada como fator importante de impedimento das ações humanizadas, mas também como situação de reflexão e contribuinte para o aumento na capacidade de relacionar-se.

[...] como eu lido com as minhas emoções

pode ser uma dificuldade. (P 1)

Com certeza, eu sempre sei quando não consigo realizar um cuidado como idealizei porque sempre a falha é minha. Porque naquele momento estava um pouco azeda, porque estava um pouco magoada, alguma coisa com alguma colega, ou porque eu estava estressada com a minha conta bancária... Enfim, sempre em volta de alguma coisa minha, e sempre sei que eu sou a culpada. (P 2)

*Também a grosseria no atendimento, a maneira de você colocar as coisas, a cara amarrada, a cara fechada, a pessoa mal-humorada.
(P 3)*

Ter um local para compartilhar as emoções e potencialidades de enfrentamento pode contribuir para tornar o trabalho mais prazeroso, efetivo e resolutivo. A reunião de equipe é um momento onde cada um pode acolher o outro e também ser acolhido. É espaço de valorização das reflexões, de trocas, de criação de redes de apoio, momento que permite a cada um sentir-se sujeito de sua história individual e da equipe. (BRASIL, 2009b).

O **preconceito e falta de educação**, no sentido de falta de gentileza e de possibilidade de estar em harmonia com seus pares, levando a um comportamento antiético, foi citado.

*Preconceito, quando tu vês, em muitas atividades a pessoa está suja ou mal vestida, as pessoas ficam olhando de canto do olho.
(P 6)*

[...] a falta de educação quanto aos bons modos e a falta de educação quanto à cultura, falta de oportunidades das pessoas [...]. (P 6)

Comportamento antiético, comportamentais, educação... Acho que isso está deixando muito a desejar, não só na nossa equipe,

mas em todas as equipes que eu vejo. (P 6)

Cultivar a educação, o respeito e valores positivos traz resultados melhores e duradouros para a vida pessoal, profissional, familiar e comunitária, até porque, desse modo, consegue-se manter uma boa imagem perante a sociedade. Isso passa por respeitar e ser tratado da forma que gostaria de ser tratado.

As dificuldades enfrentadas pela equipe para implementar mudanças e melhorias nas relações e no atendimento aos usuários aparecem na fala a seguir, demonstrando a **falta de apoio e incentivo** dentro da equipe para a realização das ações:

[...] ser objetivo, uma vontade de as coisas mudarem e às vezes a gente não tem apoio, não tem incentivo... As próprias colegas não ajudam [...]. (P 10)

Já para outra profissional, a **falta de liberdade** para agir em algumas situações, diante da hegemonia saber/poder de alguns profissionais da equipe sobre os demais, aparece como dificuldade, que também se reflete em dificuldades de integração na equipe:

É que a gente não tem liberdade de fazer as coisas [...] às vezes não precisaria ser o médico para resolver aquilo, qualquer um de nós dessa área da saúde, auxiliar, poderia estar resolvendo. (P 10)

Também foi verbalizada a **controvérsia na gestão/organização do cuidado**, salientando que as ações de gestão e coordenação repercutem na forma que as relações se estabelecem, gerando muitas vezes efeitos negativos na equipe e no cuidado que é prestado para o cliente:

Se o secretário é ansioso, deixa nossa chefia ansiosa, ela nos passa ansiedade... É uma cachoeira, efeito dominó! O exemplo vem de cima. (P 1)

[...] que tem que ter alguém que sempre

coordene, que seja um modelo para eles. (P 4)

[...] a gente percebe que a equipe tem o perfil da coordenadora. (P 1)

No balcão disseram que não era dia de atendimento. Como que agora tem dia certo? Mas, ela poderia ter voltado comigo. (P 8)

Sendo a PNH uma política com intenção de transversalidade, tendo a humanização como estratégia de união entre as várias políticas do SUS, todos os atores do Sistema Único de Saúde são responsáveis e co-autores em suas aplicações. Ela aposta na grupalidade, no sentido de nos envolvermos na prática tanto individual como coletiva.

A Política Nacional de Humanização aposta na grupalidade, na potência de afetar e sermos afetados na prática clínica, individual e coletiva. Essas afetações produzidas nas conversações entre pessoas facilitam ou dificultam a criação de vínculo. É produtivo construir com os usuários rodas de conversa onde exercitamos a lateralidade: conversação, trocas entre profissionais e usuários no cotidiano da unidade. Propiciar espaços para ouvir o outro “ao lado”, e não como quem está acima ou abaixo. Saber de suas dificuldades e de sua vida, partilhar com os demais as formas que cada um encontrou para lidar com os problemas – de saúde ou não. Esclarecer dúvidas, lidar com o inesperado das perguntas. Estando ali no limite de cada um, onde as trocas acontecem, incentivando práticas que estimulam o conviver, seja nas rodas, nas caminhadas, nas atividades lúdicas, etc. ações com as pessoas, reconhecendo os problemas e os recursos que ali existem, pode estabelecer conexões que potencializem as redes de solidariedade na própria comunidade. Também amplia as possibilidades de o SUS atuar com outras

políticas públicas e com as organizações da comunidade. (BRASIL, 2009b, p. 34-35).

Durante o período de coleta dos dados, observamos diferenças de pensamento sobre a filosofia da humanização do cuidado em saúde, conforme as vivências, formação e reflexão de cada um dos profissionais. Ficou evidente a preocupação em tratar os usuários com respeito e dignidade, mas como cada um é um ser diferenciado e complexo seus agires também o são.

Concordamos com as autoras Casate e Corrêa (2005, p. 111), que nos dizem:

No processo de humanização do atendimento em saúde/enfermagem, compreendemos que, diferentemente da perspectiva caritativa que aponta o trabalhador como possuidor de determinadas características previamente definidas e até idealizadas, é fundamental a sua participação como sujeito que, sendo também humano, pode ser capaz de atitudes humanas e “desumanas” construídas nas relações com o outro no cotidiano.

As mesmas autoras complementam:

Nesse contexto, é fundamental não perder de vista a reflexão e o senso crítico que nos auxiliam no questionamento de nossas ações, no sentido de desenvolver a solidariedade e o compromisso. (CASATE; CORRÊA, 2005, p. 111).

Todas essas questões, consideradas como limitantes do processo relacional no serviço, precisam ser retomadas, aprofundadas e refletidas no grupo, no sentido de buscar soluções ou condições de minimizar a influência desses fatores na humanização das relações na equipe de enfermagem e cliente/usuários dos serviços.

Salientamos também que nem todos esses aspectos limitantes discutidos estão presentes no serviço em estudo, mas

constituem-se em preocupação dos sujeitos diante do que consideram como condições ideais para o processo de humanização dos serviços de saúde.

6.4.2 Potencialidades na Humanização das Relações

Sabemos que a PNH é uma aposta na construção de modos de se fazer uma política pública de saúde para todos, trazendo a proposta da humanização das práticas de cuidado em saúde e uma nova prática. Já vimos que envolve subjetividade, ou seja, produção de novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde.

Entre os facilitadores, um dos fatores encontrados foi a **ambiência**, pois a unidade na qual foi realizada a pesquisa havia sido recentemente inaugurada. Nas falas dos sujeitos, a mudança estava bem valorizada, pois as dependências anteriores eram em um prédio antigo e a maioria das salas tinha pouca ventilação, pouca luminosidade natural, eram pequenas e improvisadas. Assim, aparece uma comparação:

Aqui está melhor. Eu acho que melhorou, até porque tudo está mais ajeitado. O atendimento das pessoas lá ou aqui sempre foi bom. (U 1)

Não, a qualidade não mudou, porque são as mesmas pessoas [profissionais da antiga unidade e da nova ULS]. Mas é melhor ficar esperando aqui do que lá. (U 5)

[...] os consultórios não eram claros, eram pequenos, apertados, você ficava.... Porque todo mundo tem um limite de espaço, né? Parece que todo mundo invade o espaço do outro. (P 1)

O paciente se sente mais tranquilo ao estar aguardando para o curativo num local onde pode sentar tranquilamente, tem corredor [...]. (P 2)

Eu acho muito importante o espaço físico [...]

na questão da higiene, [...] hoje, sim, a gente tem salas ventiladas, a gente tem coisas mais limpas. Lá às vezes ficava preocupada que era uma poeira, era calor. (P 3)

[...] eu atender em um barraco e eu fazendo em uma mansão, a mudança? Não muda nada, eu vou falar as mesmas coisas. (P 3)

Durante a pesquisa, pudemos comprovar o efeito negativo que o ambiente pode causar quando confrontado com as expressões e atitudes positivas que as pessoas demonstraram com relação ao novo espaço físico. Pois, quando os espaços físicos são improvisados, inadequados e em péssimo estado de conservação, afetam negativamente a recepção dos usuários, bem como interferem na qualidade dos atendimentos, impedindo ou até mesmo impossibilitando a privacidade dos procedimentos. (SIMÕES *et al.*, 2007).

A ambiência também assume um sentido mais amplo. “Não há como falar em saúde desconsiderando os sujeitos concretos nas suas vidas concretas. Assim, falar em território/ambiente saudável somente pode se dar em referência a pessoas reais”. (BRASIL, 2009b, p. 34). Isso só pode ser pensado se inserirmos a saúde das pessoas que vivem nesses espaços e contextos, fato a ser considerado quando pensamos em humanização do cuidado.

Sendo assim, podemos confirmar a frase de Deslandes (2004, p. 13): “Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência”, o que implica em várias ações coordenadas nesse sentido.

Outro item abordado nas falas foi a **vontade** e o **prazer** proporcionado pelo trabalho. Os sujeitos enfatizam que gostar do que faz torna o trabalho menos árduo e mais gratificante.

[...] Vontade, não é! Tem que ter muita vontade, porque tem muitas vezes que a gente não faz tudo que deve ser feito. (U 1)

[...] Muitas e muitas vezes eu faço plantão de 36 horas [somando as jornadas de dois empregos] e eu não me sinto assim, chateada. E isso não me mata de cansaço.

[...] Acho que é importante isso, o gostar de fazer. (P 4)

O **conhecimento** adquirido formalmente em cursos profissionalizantes contribui para o processo de humanização, pois instrumentaliza o profissional para as ações e para o entendimento do ser humano. Esse aspecto foi lembrado como fator facilitador em algumas falas.

Tendo isso aí [boa vontade, respeito, educação] é suficiente, não é! Porque o resto ele sabe, estudaram para isso. (U 1)

A enfermagem também. Elas devem ter um curso, um profissionalismo assim... (U 1)

[...] e aí, automaticamente, quem tem alguns conhecimentos, sabe o que é o ser humano bom, fazer um trabalho humanizado, sabe do que precisa, sabe como deveria fazer. Você pega essas pessoas, esses profissionais e procura dar uma compartilhada [...]. (P 2)

Enfatiza-se também o importante fator educativo, que é um dos objetivos do Humaniza SUS (BRASIL, 2004a), ou seja, educar o usuário sobre seus direitos e deveres enquanto cidadão participante e promover a formação e educação continuada dos profissionais.

Outro importante fator facilitador, que foi verbalizado pelos participantes, foi a **comunicação**, observada em variadas expressões de linguagem falada ou expressa por atitudes corporais, em várias situações de utilização e definindo vários significados, como podemos observar nas falas a seguir:

Um aperto de mão, uma palavra mais afetiva, um sorriso, um bom-dia, uma boa-tarde, com licença, isso eu considero humanizantes. (P 1)

Em primeiro lugar é o acolhimento que envolve tudo. É dispensar aquela atenção, às vezes o próprio encaminhar, orientar muito bem [...]. (P 2)

[...] É a gente tornar o nosso atendimento mais assim, mais tranquilo, mais acolhedor, mais aconchegante... [...]. (P 2)

Na comunicação, é importante demonstrarmos estar aberto para o outro para que as relações possam acontecer. A comunicação adequada diminui a chance de gerar conflitos e elucida dúvidas, além de ser o instrumento básico para a assistência efetiva de enfermagem, pois apenas através dela é que podemos compreender o ser humano como um todo e contextualizar o significado que o problema tem para ele. (BARBOSA; SILVA, 2007).

A comunicação não-verbal se efetiva através de expressões faciais, gestos, pela maneira como os objetos estão dispostos no ambiente ou por posturas corporais. Ela complementa a verbal, substitui, contradiz ou demonstra sentimentos. Portanto, entendemos a importância de o profissional observar e valorizar os sinais não-verbais, e procurar entendê-los, já que esses sinais complementam o que é expresso verbalmente, oferecendo subsídios para que o enfermeiro compreenda melhor o outro. (BARBOSA; SILVA, 2007).

Saber ouvir, demonstrando disponibilidade e atenção com o outro, também aparece nas falas.

[...] O paciente, tudo que ele quer é que você ouça um pouquinho, que você fale um pouquinho. Então, eu acho que uma ação seria atenção [...]. (P 2)

Tem coisas que é só conversar. Porque, tem vezes, que eles não querem remédio, só querem contar alguma coisa: uma coisa que está pesando para eles, para a gente. (P 4)

[...] você deixar a pessoa falar contigo, não encher a pessoa de orientações, deixar ela falar contigo, deixar ela te contar como ela vive e tal e também como ela se cuida, com quem ela convive. Daí, depois, você ver as possibilidades de uma orientação ou encaminhar para um serviço específico. (P 1)

O receber bem, depois o ouvir, estar aberto a ouvir. É coisa do “ser” e não estar muito preocupado com o tempo que você tem para atender mais tantos, ou, que tem que dar a receita para ele ir embora rápido. Então, é estar aberto para ouvir. (P 3)

“Trata-se de um acolhimento dialogado e esse diálogo se orienta, fundamentalmente, pela busca de um maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-las.” (TEIXEIRA, 2005, p. 593). A relação se estabelece nessa troca, com abertura para o falar, ouvir, com orientações construídas a partir do diálogo, voltadas para a realidade dos sujeitos.

Esse acolhimento dialogado também deve se estender aos profissionais de saúde, propiciando ficar junto para trocas de experiência e vivências.

[...] eu acho que nós deveríamos, por exemplo, procurar fazer com que a equipe em alguns momentos conseguisse ficar junta e pôr para fora, porque têm sempre experiências aqui, outras ali. (P 2)

Assim, o uso de todos os sentidos de um ser humano aparece como fatores de importância quando queremos nos comunicar de forma humanizada.

Você ser humano é você ser próximo, é você ser aberto. Porque o humano tem cinco sentidos, não é? Hoje em dia, eu sei que existe o sexto sentido, que é o que eu uso também, que é a minha intuição. (P 3)

Se o ato de enfermagem é verbal, ou manual, ou ambos, um olhar silencioso, ou a presença física, certo grau de subjetividade está envolvido e merece reconhecimento. Para explorar mais plenamente esse componente essencial da enfermagem, é preciso concentrar a atenção sobre os “modos de estar na situação”. (PATERSON e ZDERAD, 1976; 1979).

O **atendimento individualizado** foi verbalizado pelos participantes como importante forma de dar atenção às pessoas, preservando a individualidade e a privacidade dos usuários, facilitando e humanizando a relação.

[...] se eu estou aqui com você, é com você que eu estou. É com você que eu vou conversar. Meus problemas eu vou deixar para lá, e resolver o que eu tenho para resolver para você, aqui e agora [...]. (P 1)

O grupo, o atendimento individualizado, que tem gente que precisa ser individual. Não gosto de atendimento em corredor. Gosto de falar com a pessoa em separado, nós vamos conversar. A humanização também é isso, é tu permitir que a pessoa fale contigo na individualidade. (P 8)

[...] Hoje, quando eu estou com o paciente e vejo que alguém não está bem mesmo... E eu tenho outras coisas, outros curativos, uma pressão para ver, eu peço para outra auxiliar me ajudar e ir ver e dar atenção àquela pessoa. Eu acredito nisso. (P 9)

A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir do ser humano, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando acontece o diálogo entre os semelhantes. Assim, viabilizar o diálogo nas relações e interações humanas, não apenas como uma técnica de comunicação verbal com objetivo pré-determinado, mas, sim, como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que levem ao bem-estar recíproco (OLIVEIRA *et al.*, 2006), deve ser uma prática constante nas relações entre os profissionais e usuários.

Ter o tempo necessário para poder prestar os atendimentos de forma humana, dar atenção, considerando o ser humano integral, pois muitas vezes a técnica e os conhecimentos profissionais não são suficientes para atender às necessidades da pessoa que procura o serviço, surge também nas falas como fator de importância.

[...] ter mais tempo, poder dar mais atenção

[...]. Como um ser humano! Não adianta nós sermos profissionais, termos o diploma, sermos auxiliar, técnico, se nós não podemos ver o paciente como ele é em si, um ser humano que nem nós. (P 10)

Assim, falar de saúde como processo de produção da saúde e dos sujeitos é falar de uma experiência que não se reduz à queixa e à conduta, pois nos mostra a multiplicidade de determinantes da saúde e a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Implica analisar o problema pelos múltiplos determinantes que o constituem, seja no atendimento individualizado ou na gestão do processo.

Outro fator facilitador citado foi a **segurança no desenvolvimento das ações**, como geradora do equilíbrio emocional e repercutindo positivamente na prática profissional e nas relações entre equipe e usuários.

Quando se trabalha com segurança a gente se sente mais segura porque sabe que se acontecer alguma coisa a gente vai ser chamada para conversar sobre o ocorrido. (P 1)

[...] é não me afobando, não me atropelando, é ter equilíbrio, e ficar de bem comigo, não só, mas com os pacientes e com os colegas [...]. (P 9)

“Atitudes como o diálogo, a presença, a responsabilidade profissional, o comprometimento, as experiências compartilhadas e a arte de amar” são componentes básicos da humanização na convivência profissional com os seres humanos que se envolvem e são envolvidos na arte do processo de cuidar. (BARBOSA, 2004, p. 207).

Enfim, um ambiente agradável, com um clima favorável na equipe, aliados ao conhecimento e à abertura para o outro, são elementos que potencializam as relações mais humanas nos serviços.

Assim, podemos concluir que os fatores limitantes, bem

como os potencializadores, colocam-se em dois grandes grupos: as questões organizacionais/gestão e as relacionadas aos sujeitos/cuidado, que estão inter-relacionadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta pesquisa, que teve como objetivo compreender as relações entre os profissionais de enfermagem e os usuários de uma equipe nas ações da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da humanização, fundamentada na Política Nacional de Humanização, Humaniza SUS, tecemos algumas considerações.

Percebemos nos relatos que os profissionais pesquisados estão sensibilizados com a humanização e também demonstraram vontade de ampliar seus conhecimentos nessa área, o que conseqüentemente potencializaria suas ações na saúde em todos os níveis de atuação.

O agir humanizado é um processo íntimo de cada ser, quando se relaciona com outro ser, num diálogo vivido que só acontece quando existem as relações com trocas interativas e quando se valoriza o subjetivismo entre os seres humanos.

A potencialização dos vínculos, como propulsores do crescimento pessoal mútuo e gerador do autocuidado para o usuário, leva-o a ser protagonista de sua própria vida na promoção da saúde, com criatividade e comprometimento.

As relações entre os profissionais no serviço pesquisado acontecem na maioria das situações em um clima de cordialidade e respeito uns pelos outros. Como os seres humanos são únicos em sua singularidade e potencialmente complexos em sua subjetividade, é natural a diversidade de pensamentos, saberes e modos de construir e operacionalizar suas ações no dia-a-dia. Daí o grande desafio quando se trabalha em equipe, as trocas de saberes precisam se basear na interatividade, unicidade de linguagem, comprometimento e cordialidade, para que possam resultar em ações coletivas onde todos têm “voz” sendo direcionada para os seres da comunidade e ainda abrindo espaço para a participação efetiva deles nessa construção.

Conviver requer empatia, atenção qualificada em cada espaço e tempo, sendo assim um processo de contínua aprendizagem, na qual cada ser tem um papel distinto, especial e de extrema importância para protagonizar em cada encontro entre seres humanos.

As relações requerem a comunicação para existir e são

construídas no dia-a-dia, somando experiências e qualificando os seres humanos. Foi possível observar e sentir essas ações e procuras entre os profissionais da unidade, contudo podem ser fortalecidas com encontros de estudos e trocas, nos quais eles se redescobrissem e se ajudassem, estreitando laços, redefinindo afinidades e aumentando a percepção de seu valor enquanto ser humano e profissional.

Com relação aos usuários, existe a preocupação com a rapidez do atendimento, mas que também esse atendimento seja resolutivo e baseado no respeito à diversidade dos seres humanos e dos motivos pelos quais procuram a unidade. O agendamento que está sendo realizado é uma maneira de evitar as filas, pois os usuários podem buscar o atendimento com hora marcada e resolver suas necessidades. Enquanto esperam pelos seus atendimentos, ficam em sala de espera ampla, arejada, com boa luminosidade e aguardam sentados em cadeiras estofadas e confortáveis, já que o ambiente também tem relevância na humanização do atendimento.

A forma acolhedora de atender, disponibilizando tempo e atenção, é realizada pelos profissionais com a preocupação de autossuperação por quase todos eles.

Os vínculos entre profissionais e usuários tornam o ambiente na unidade bastante acolhedor e agradável e os momentos (quando das práticas assistenciais) são aproveitados para conversar, orientar, ouvir, procurando sempre fomentar o autocuidado e o respeito aos direitos dos usuários. As ações estratégicas para melhor atender à população adstrita da unidade são pensadas, programadas e realizadas.

Quando essas ações envolvem a atenção de um ou mais profissionais e os tiram do atendimento da demanda diária ou quando um dos profissionais está ausente, a equipe se sente sobrecarregada por ter que cobrir a função específica do colega dentro da unidade com a demanda de atendimento de rotina, que é grande.

Os profissionais valorizam a profissão de enfermagem e se sentem gratificados por exercê-la, mas consideraram suas remunerações como desvalorização à qualificação dos trabalhos que produzem e também demonstraram sentir falta de serem elogiados e de serem cuidados.

A gestão participativa foi lembrada pelos participantes, citada como dever pelos usuários e comentada de maneiras

diversas pelos profissionais, mas citada como realidade em tentativas pelos cargos de gerência. Alguns profissionais não se sentem co-gestores nessa prática, evidenciando a necessidade de maior fomento sobre direitos e deveres e educação continuada para aumentar o grau de responsabilização e participação das decisões do “como ou quando fazer”.

Os usuários colocaram a falta de algumas medicações e demora na realização de alguns exames como fatores limitantes do atendimento, apesar de entenderem que alguns medicamentos não constam na listagem do serviço e que alguns exames de alta complexidade ainda demoram em decorrência do alto custo e do elevado número de solicitações, pois na realidade pesquisada o atendimento de alta complexidade é referência regional.

Outras limitações para a humanização das relações nos serviços foram citadas no discurso dos sujeitos, como: contratação de pessoal sem a devida capacitação, o que não pode ocorrer; a falta de vontade de contribuir e de se comprometer de alguns profissionais, que prejudica as relações entre as equipes; falhas na comunicação em geral; a rotatividade, o acúmulo de funções e a sobrecarga de trabalho; a falta de local para lazer, gerando frustrações, inseguranças e insatisfação profissional; a inabilidade para controlar as emoções; o preconceito e as falhas na educação, provocando comportamentos antiéticos e constrangimentos entre os participantes; dificuldades de relacionamento na equipe; a falta de liberdade; e controvérsia dos direitos e deveres na gestão/organização do cuidado, entre outras. Esses aspectos acontecem em seu dia-a-dia e/ou fazem parte das suas reflexões e verbalizações sobre o tema, o que é positivo, pois, quando os problemas são identificados ou conhecidos, fica mais evidente que no trabalho em equipe possam buscar e decidir as soluções. Assim, reuniões entre as equipes para discuti-los, trocar sentimentos e informações parece ser um ponto-chave para a solução desses problemas.

Outrossim, os participantes usuários, por muitas vezes, referiram e elogiaram a atuação da equipe de enfermagem, dizendo que o atendimento é muito bom, e citaram a necessidade de educação continuada e ações de valorização para os profissionais.

Como potencialidades foram comentadas: a ambiência,

pois a inauguração das novas instalações da unidade era recente e foi visível a influência do novo em suas demonstrações de satisfação; a sensação de gratificação produzida pelo trabalho, pois, quando se gosta do que faz, as jornadas de trabalho tornam-se menos árduas; o conhecimento adquirido formalmente, que instrumentaliza os profissionais para suas ações; a comunicação utilizando todas as formas de linguagem e expressões, promovendo atitudes para que ocorram as relações, como saber ouvir, ter tempo, o toque, o olhar, o atendimento individualizado e a segurança responsabilizada pelo equilíbrio emocional, repercutindo positivamente nas práticas assistenciais.

Enfim, podemos concluir que o referencial teórico do Humaniza SUS contribuiu para a análise dos dados e as diretrizes da Política Nacional de Humanização foram evidenciadas na realidade pesquisada, destacando:

- a proposta da clínica ampliada: ao considerar que o sujeito vai além da doença, reconhece os limites dos saberes, apostando nas equipes multi e interdisciplinares, tendo como objetivo produzir saúde e ampliar a autonomia dos sujeitos;
- valorização do trabalho e do trabalhador: existe inquietação com as condições de trabalho apresentadas;
- a defesa dos Direitos do Usuário;
- a preocupação com mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde, com a possibilidade de co-gestão;
- a preocupação com a valorização da autonomia, coresponsabilidade e protagonismo dos diferentes sujeitos;
- o fomento das grupalidades, coletivos e redes;
- o acolhimento como uma das mais importantes ações humanizadoras e de construção das relações entre as pessoas.

Há propostas de uma nova relação, mais humana, entre usuários e profissionais de saúde. Os profissionais, em sua maioria, demonstram amadurecimento em construção para satisfazer as diretrizes do Humaniza SUS em sua plenitude, pois humanização nas relações não existe sem os seres humanos, e estes estão sempre em processo de construção. Os empreendimentos das equipes, buscando, promovendo estratégias e a procura por completar-se de seus membros, fazem desta uma unidade de saúde com práticas humanizantes, fortificando o Humaniza SUS como política pública.

Ao voltamos o olhar para a nossa prática, percebemos que a ação de enfermagem implica um tipo especial de encontro de pessoas. Nesse sentido, a enfermagem assume um papel importante no processo de humanização das relações nos serviços de saúde. Ao buscar as respostas a uma necessidade percebida, relacionada com a qualidade de saúde-doença da condição humana, compartilhando com outros profissionais de saúde e com o sujeito a quem dirige o atendimento, constrói uma relação de cuidado dialógica e mais humanizada.

Como todo processo de construção, houve limites nesta pesquisa. Podemos considerar que o primeiro desafio, que foi a familiarização com o dia-a-dia da pesquisa, foi um percurso intenso de crescimento, no qual o desânimo e o receio permeavam o forte desejo de seguir nesta construção e concluí-la. Passo a passo, construindo esta jornada, tive a oportunidade de delinear e alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa. A definição de tempo para a sua realização também foi um fator limitante, pois impôs restrição quanto ao número de sujeitos participantes e à possibilidade de maior aprofundamento teórico.

Trabalhar com o tema humanização nas relações foi um alçar voo em conceitos já balbuciados, os quais sempre tentei colocar em prática nas vivências profissionais. Sem dúvida possibilitou ampliar meus conhecimentos sobre o tema e despertar meu cognitivo para continuar os estudos nesta área e assim ampliar ainda mais meus horizontes pessoais e profissionais.

Fica o desejo de que os resultados alcançados nesta pesquisa possam auxiliar em muitos enfrentamentos para o planejamento e execução das ações dos e entre os profissionais da atenção básica e também na academia, sempre que pensarem em ações em saúde na perspectiva humanística.

Finalmente, reafirmamos que a enfermagem, como profissão, tem sua sustentação nas relações que se estabelecem com o outro, no tempo e espaço, nas vivências e experiências, na busca de melhoria das condições de saúde e no desenvolvimento das potencialidades do outro. Assim, é importante a compreensão do enfermeiro da importância dessas relações como necessárias para que ambos se desenvolvam, enfermeiro e cliente/usuário dos serviços. A enfermagem, sempre com o maior número de profissionais nos serviços de saúde, pode contribuir para o estabelecimento de relações mais

humanizadas, de acordo com o preconizado no SUS, seja através da organização, capacitação e sensibilização dos profissionais, como através da humanização da sua prática e dos serviços.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Tradução Alfredo Bosi. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

AMARAL, V. P. **As prostitutas do saber: Uma Visão Helenística, Rousseauiana e Cibernética** Introdutória do Ato Educativo. Disponível em: <<http://revista.cefet-al.br/index.php/edutec/article/viewFile/24/6>>. Acesso em: 28 fev. 2009.

AYRES, J. R. de C. M. Hermenêutica e Humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 16 jun. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda., 2008.

BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. M. R. D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. **Acta Scientiarum: Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1, p. 205-212, 2004. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php>>. Acesso em: 15 mar. 2009.

BARBOSA, I. de A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-51, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 29 jun. 2008.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; DENARDIN, J. M.; TRINDADE, L. de L.; LAUTERT, L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 503-10. jul-set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 mar. 2009.

BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. **Revista Latino-**

Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 34-41, jan-fev, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 11 abr. 2009.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. 2005, v. 10, n. 3, p. 561-571. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 19 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96.** Conselho Nacional De Saúde. Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/ensino/pesquisa_cns.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2008.

_____. 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. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2009.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. p. 1805. Brasília, set. 1990a. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2010.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Brasília, dez. 1990b. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. ENAP\Programa Saúde da Família, oficina PP1. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fProgramaSaude-da-FamiliaoficinaPP1.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Informes Técnicos Institucionais. **Revista de Saúde Pública**. v. 34, n. 3, p. 316-19, jun, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 28 mar. 2009.

_____. 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**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – Cartilha do Humaniza SUS. **Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_documento_base_4ed_2008.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_a_clinica_ampliada.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica,

estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão**. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_co_gestao.pdf>. Acesso em: 19 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2008a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 21 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf>. Acesso em: 07 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008c. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 02 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Humaniza SUS: Objetivos**. 2009a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto>.

Acesso em: 07 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atenc_ao_basica.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2010.

CAMPOS, G. W. de S. The humanization of healthcare: a project for defending life? Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar-ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 28 fev. 2009.

CAMPOS, A. do C. S. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 979-981, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 29 fev. 2009.

CASATE, J. C.; CORRÊA, 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, p. 105-111, jan-fev, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2010.

CHAPECÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica**. Sistema Informatizado de dados da Secretaria Municipal de Saúde: Chapecó, 2009.

CONASEMS. **Sistema Único de Saúde**: Constituição Federal – seção II; Lei Orgânica da Saúde, N° 8.080; Lei N° 8.142; Decreto N° 99.438; Carta de Fortaleza. Porto Alegre, 1990. 26 p. (Publicações Técnicas, N° 2). Disponível em: <<http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/rede8111.html>>. Acesso em: 28 fev. 2009.

CORDONI, Jr. L. *et al.* A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; JÚNIOR, L. C. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001, 16 p. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/2712814/Organizacao-do-Sistema-de-Saude-no-Brasil>>. Acesso em: 02 mar. 2009.

DENZIN, N. K. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 05 fev. 2010.

DUROZOI, G.; ROUSSEL, A. **Dicionário de filosofia**. Trad.: Marina Apperzeller. Campinas: Papirus, 1993.

FRANCA, A. C. P. de; VIANA, B. A. Interface psicologia e Programa Saúde da Família (PSF): reflexões teóricas. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 26, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>>. Acesso em: 28 mar. 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. (versão 1.0). Rio de Janeiro: Objetiva Ltda., 2001 (CDROM).

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999.

MATSUDA, L. M.; SILVA, N. da; TISOLIN, A. M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI – Adulto. **Acta Scientiarum: Health Sciences**. Maringá, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php>>. Acesso em: 15 mar. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, M. E. de; ZAMPIERI, M. de F. M.; SANTOS, O. M. B. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 142 p.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 29

nov. 2008.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. T. **Enfermeria Humanística**. México: Editorial Limusa, 1979.

_____. **Humanistic Nursing**. Project Gutenberg e Book, 1976. Disponível em: <<http://www.gutenberg.org/files/25020/25020-8.txt>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

PESSINI, L.; PEREIRA, L. L.; ZAHER, V. L. *et al.* Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. **Mundo Saúde**. Editorial. v. 27 n. 2, p. 203-205. abr-jun, 2003. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/novo/publicacoes/publicacaoEditorial.php>>. Acesso em: 20 mar. 2009.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola, 2004. p. 782-784. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a35v10n3.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2009.

PUCCINI, P. de T.; CECILIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set-out, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 16 jun. 2008.

SANTOS, C. R.; TOLEDO, N. N.; SILVA, S. C. Humanização em unidade de terapia Intensiva: paciente equipe de enfermagem-família. **Terapia Intensiva Nursing**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 26-29, out, 1999.

SILVEIRA, R. S. da; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. *et al.* Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 14, n. especial, p. 125-130, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 23 mar. 2009.

SIMÕES, A. L. de A.; RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. dos S. *et al.* Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, jul-set, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 mar. 2009.

SCHUMACHER, B. **Passos, compassos e descompassos de um processo cuidativo com recém-nascido e pessoa significativa em UTI.** 121 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SOUZA, Walter S.; MOREIRA, Martha, C. N. A temática da humanização em saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação.** v. 12, n. 25, p. 327-38, abr-jun, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 06 maio 2010.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 16 jun. 2008.

ZAMPIERI, M. de F. M. **Cuidado Humanizado no Pré-natal:** um olhar para além das divergências e convergências. 437 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Observação

TÓPICOS A SEREM OBSERVADOS E IDENTIFICADOS NA OBSERVAÇÃO COM RELAÇÃO AO USUÁRIO E AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

1. Como acontece a relação entre usuário e profissional?
2. Como acontece o atendimento pelo profissional?
3. Como o usuário percebe/reage ao atendimento?
4. Com que demora acontece o atendimento?

APÊNDICE B – Roteiro para a Entrevista com os Usuários (ZAMPIERI, 2006)

1) PERFIL DOS USUÁRIOS

1. Nome:.....
2. Endereço:.....
3. Bairro onde mora:.....
4. Naturalidade:.....
(cidade e estado)
5. Procedência:..... (cidade)
6. Tempo de residência em Chapecó: anosmeses
7. Idade:..... anos
8. Escolaridade: (....) Ensino fundamental (....) Ensino Médio
(....) Ensino Superior (....) Pós-graduação (....) Completo (....)
Incompleto
9. Religião:.....
- Situação conjugal: (....) Solteira (....) casada (....) com
companheiro (....) viúvo (....) separado (....) união consensual
10. Profissão:.....
11. Qual a ocupação:..... (tipo)
12. Sexo:.....
13. Condições do contexto em que vive:.....
14. Fale um pouco de sua experiência como usuária
.....

2) QUESTÕES BÁSICAS SOBRE O ATENDIMENTO HUMANIZADO

1. O que você entende por humanização?
2. Como avalia o seu atendimento no serviço de saúde?
3. Quais as ações dos profissionais de enfermagem nas relações que você acha que fazem parte do atendimento humanizado?
4. Quais as qualidades que um profissional deve ter para atender às pessoas?
5. Que fatores você considera importante para que seja atendido de forma humanizada (fatores facilitadores e limitantes)?

APÊNDICE C – Roteiro para a entrevista com o profissional de saúde (ZAMPIERI, 2006)

1) PERFIL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

1. Nome:.....
2. Endereço:.....
3. Bairro onde mora:.....
4. Procedência:..... (cidade)
5. Tempo de residência em Chapecó:..... anosmeses
6. Idade:..... anos
7. Escolaridade: (....) Ensino superior (....) pós-graduação
(....) completo (....) incompleto (....) especialização na
área (....) mestrado (....) doutorado
8. Religião:.....
9. Profissão: (....) enfermeiro da ESF (....) enfermeiro (.....)
técnico de enfermagem (....) auxiliar de enfermagem
10. Atua em mais de uma instituição?.....
11. Tempo de atuação na unidade de saúde:.....
12. Há quanto tempo atua como profissional?.....
13. Considera importante a realização deste atendimento?.....
14. Fale-me um pouco de sua experiência profissional.....

2) QUESTÕES SOBRE ATENDIMENTO HUMANIZADO

1. O que você entende por humanização?
2. Quais as ações dos profissionais que você acha que fazem parte do atendimento humanizado?
3. Quais as qualidades nas relações que um profissional deve ter para atender às pessoas?
4. Quais as ações ideais nas relações que você considera como humanizantes?
5. Quais as ações que você considera como desumanizantes?
6. Você consegue desenvolver na prática intervenções que você idealizou para o usuário? Se não, por quê?
7. Quais as dificuldades dos profissionais para prestar um cuidado humanizado/uma atenção humanizada e efetiva ao usuário?
8. Que ações devem ser realizadas para prestar um cuidado humanizado a todos os usuários?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
Tel. (048) 372.9480 - 3721.9399 Fax (048) 372787 - e-mail: pen@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS USUÁRIOS

Eu, Evanise Rodrigues dos Reis, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, sob orientação da Profa. Dra. Betina H. S. Meirelles, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“A humanização nas relações entre os profissionais de enfermagem e usuários da Estratégia Saúde da Família”**.

O objetivo deste estudo é compreender as relações entre os profissionais de enfermagem e os usuários de uma equipe nas ações da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da humanização, no município de Chapecó (SC).

Você está sendo convidada(o) a participar desta pesquisa. Embora não haja benefícios diretos para a sua participação nesta pesquisa, ela poderá oferecer a você a oportunidade de refletir sobre o cuidado humanizado na Estratégia Saúde da Família e conhecer os direitos que você tem em relação à atenção à saúde. Você poderá também sanar algumas dúvidas em relação à sua saúde. Suas crenças e valores serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Dada à carência de estudo nesta área, a sua participação é fundamental, para que compreendamos as convergências e as divergências relativas ao cuidado humanizado na Estratégia Saúde da Família, idealizado pelos usuários e pelos profissionais e o prestado no cotidiano da unidade local de saúde. Tal pesquisa apontará diretrizes para a

atenção à saúde dos usuários, o que pode no futuro contribuir para mudanças no cuidado, ou seja, uma atuação efetiva e aderente às reais necessidades e expectativas dos usuários dos Serviços Sociais e de Saúde.

Sua colaboração nesta pesquisa implicará na participação em duas etapas dela. A primeira etapa se dará através de observação das atividades e a segunda etapa, uma entrevista que durará mais ou menos uma hora e será gravada com o seu consentimento. Essa entrevista será agendada, previamente, com a indicação do local de encontro.

Todas as informações obtidas na sua entrevista e nos encontros permanecerão confidenciais. Serão utilizados códigos para manter o anonimato das informações no relatório da pesquisa. Todas as informações serão usadas somente para este estudo e divulgadas em eventos e publicações científicas.

Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas em armário chaveado, sob guarda do pesquisador por cinco anos.

Esta pesquisa não implica nenhum gasto para você e nem para seus familiares. Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão de não participar ou se retirar em qualquer momento não terá qualquer implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida ou à sua saúde, mas esperamos que tragam benefícios em função das discussões e buscas de soluções para os problemas encontrados.

Caso você tenha ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente.

Evanise Rodrigues dos Reis. Telefone: (49) 3329-1143

Assinatura: _____

Betina H. S. Meirelles – Orientadora

Assinatura: _____

Eu, _____,
fui esclarecida sobre a pesquisa **A humanização nas relações entre os profissionais de enfermagem e usuários da Estratégia Saúde da Família**. Concordo em participar dela e que os meus dados sejam utilizados na sua realização. Compreendo que serei entrevistado (a), em um local e um horário a ser

combinado e dentro de minhas possibilidades, tendo liberdade de responder ou não aos questionamentos e desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Compreendo que não terei benefício direto e imediato como resultado de minha participação, mas que ela poderá me oferecer a oportunidade de refletir sobre o cuidado humanizado na Estratégia Saúde da Família e conhecer alguns dos meus direitos em relação à atenção à saúde.

Chapecó, _____ de _____ de 2009.

Assinatura: _____

RG: _____

ANEXO

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 160

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 164/09 FR- 267885

TÍTULO: O processo de humanização entre os profissionais de enfermagem e usuários da Estratégia Saúde da Família no Município de Chapecó.

AUTOR: Betina H. S. Meirelles e Evanise R. dos Reis.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 29 de junho de 2009.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.ª Washington Portela de Souza