

HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SIGNIFICADOS PARA PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Edirlei Machado DOS-SANTOS¹
Palloma Glasiane de Sousa FREITAS²

RESUMO

Estudos sobre humanização nos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde são incipientes. O objetivo deste estudo foi compreender a percepção dos trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família acerca da humanização na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. Os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo, sendo identificadas as categorias temáticas: Humanização em saúde: significados e inquietudes, Estratégias utilizadas para humanização da assistência e Desafios para consolidação de uma assistência humanizada. O estudo aponta que não existe consenso entre os trabalhadores da equipe sobre as estratégias desenvolvidas em seu processo de trabalho que possa conduzir à humanização do cuidado prestado. Isto denota a complexidade e heterogeneidade da temática. O resultado deste estudo pode contribuir para reflexão e análise de como a humanização tem sido percebida e implementada nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Humanização da assistência. Programa saúde da família. Pesquisa qualitativa. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente muito se discute acerca da humanização da assistência nos serviços de saúde e é sabido que a qualidade da atenção prestada ao usuário configura-se como uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na perspectiva do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e expectativas, ou seja, o “acolher” são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, de medicações e de espaço do serviço (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, no ano de 2000, foi criado pela Secretaria da Assistência à saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que visava melhorar a qualidade do atendimento nesse cenário de atenção com ênfase nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários (BRASIL, 2001). Alguns anos depois,

¹Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisador do Núcleo de Epidemiologia e Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal da Bahia e do Núcleo de Pesquisa e Estudos Qualitativos em Saúde (NUPEQS) da Faculdade de Enfermagem (FENF) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). edirlei.machado@ufba.br

²Enfermeira. Graduada em Enfermagem pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). palloma_glasiane@hotmail.com

especificamente em 2003, o programa foi ampliado e transformou-se em uma política: a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) (BRASIL, 2004a).

A PNH garante e efetiva o Sistema Único de Saúde (SUS) à medida que enfoca ações de humanização voltadas também para as demais instâncias da saúde por meio de mudanças nos modelos de atenção e gestão da saúde, valorizando trabalhadores, usuários e gestores como sujeitos implicados no complexo processo de produção de saúde. Apresenta como princípios e diretrizes a gestão participativa e cogestão, a valorização do trabalho, do acolhimento, da saúde do trabalhador e da defesa dos direitos do usuário (BRASIL, 2004a).

Com o intuito de atender à PNH, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve construir projetos de saúde individuais e coletivos para o usuário e sua rede social, incentivar medidas promocionais de saúde, instituir formas de acolher e de incluir o usuário que possam garantir serviços otimizados, fim das filas e a hierarquização dos riscos. Além disso, este nível de atenção deve também se comprometer com o trabalho em equipe, aumentando assim o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, com vistas à maior eficácia na atenção em saúde (BRASIL, 2004b).

Um estudo que se propôs a fazer um levantamento da produção científica que abordasse a temática da humanização vinculada à APS constatou que são incipientes tais produções. Verificou-se também que, quando existentes, consistem em sua maioria em levantamentos bibliográficos havendo um déficit de estudos de campo (SIMÕES et al., 2007).

Durante a vivência clínica em Unidades de Saúde da Família (USF) propiciada pelas práticas de alguns componentes curriculares e pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET saúde), percebemos lacunas referentes ao assunto. Lacunas estas que dizem respeito ao próprio significado que o termo humanização assume para os atores sociais envolvidos e à complexidade da implantação de estratégias que de fato efetivem a humanização.

Constatamos também que há, na maioria das vezes, empenho profissional para a realização de um atendimento humanizado, contudo existe uma série de entraves que atuam como agentes dificultadores a esse processo. Movidos por essas vivências e constatações, surgiu o interesse por destrinchar a temática da humanização na APS sob a perspectiva do trabalhador de saúde.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo compreender a percepção dos trabalhadores de uma USF acerca da humanização na APS.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória (GIL, 2007) e foi realizada numa USF de um município localizado no sudoeste baiano. Os participantes do presente estudo foram profissionais que atuavam numa das equipes que compõem a USF cenário do estudo, o que fez com que a amostra fosse do tipo intencional (TURATO, 2011), composta por: oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma enfermeira, uma médica, uma técnica e uma auxiliar de Enfermagem. Foram utilizados como critérios de inclusão: compor a equipe I da unidade de saúde, trabalhar no serviço, há no mínimo dois meses e concordar em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O desenvolvimento deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), identificado pelo protocolo n. 196/2011, respeitando-se assim os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta dos dados aconteceu no mês de maio de 2012 e foi obtida por meio da técnica de grupo focal (LEOPARDI; GONZALES; BECK, 2002). O instrumento de coleta de dados utilizado foi dividido em duas partes. A primeira parte foi composta de questões que garantiram a caracterização da amostra do estudo e, na segunda, três questões abertas que serviram como norteadoras para a discussão no grupo, sendo estas: *Para vocês, o que significa humanização em saúde? O que tem sido desenvolvido na Unidade para tornar o atendimento humanizado? Quais são os fatores que dificultam a realização da humanização no atendimento que você presta ao usuário?* O instrumento de coleta de dados foi validado após ser aplicado como pré-teste com profissionais que se enquadravam nos critérios de inclusão do presente estudo e que compunham uma equipe de outra USF do município, cenário do estudo. Optou-se pela divisão dos participantes em dois grupos focais (um composto por ACS e outro formado pela médica, enfermeira e técnicas/auxiliares de Enfermagem) para evitar que a coleta se tornasse exaustiva. Nesse sentido, um número menor de participantes no grupo focal possibilita um tempo maior para que cada participante exponha suas percepções acerca do objeto de estudo. A duração dos grupos focais foi de noventa e cinquenta minutos, respectivamente. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. O papel de moderador e observador do grupo foi assumido pelos autores da pesquisa, sendo que a moderadora teve como responsabilidade a condução do

grupo, no intuito de possibilitar a participação de todos os sujeitos de pesquisa e o observador atentou-se para os aspectos não verbais durante o desenvolvimento dos grupos focais.

Após transcrição do conteúdo obtido, procedeu-se à análise dos dados por meio da técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Temática em que foi realizada a descoberta dos núcleos de sentido presentes na comunicação e consequente depreensão das categorias temáticas (BARDIN, 2004).

Para organização da análise dos dados qualitativos foram seguidas três etapas operacionais (MINAYO, 2010). A primeira, denominada de pré-análise, consistiu num contato profundo e exaustivo com as transcrições por meio de repetidas leituras do material, no intuito de se garantirem algumas normas de validade, sendo estas: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Num segundo momento, realizou-se a exploração do material de modo a se fazerem a classificação e o agrupamento das ideias até que se alcançasse o núcleo de compreensão do texto, ou seja, a exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. E por fim, realizou-se a interpretação dos dados, nesta última etapa foram propostas inferências e realizadas interpretações articulando-as com os pressupostos estabelecidos *a priori* e teorias pensadas anteriormente, bem como, a abertura para novas visões interpretativas.

Na discussão dos dados, os recortes das falas estão identificados da seguinte maneira: letra “E” para a fala da enfermeira, “T” para a Técnica de Enfermagem, “AUX” para Auxiliar de Enfermagem, “M” para Médica e “AC” para os ACS, esses últimos seguidos de um número que representa cada um dos ACS participantes do estudo.

3 RESULTADOS

Para o primeiro grupo focal, dez ACS foram convidados, no entanto, oito participaram. Dentre os ACS participantes do grupo, apenas um era do sexo masculino e sete do sexo feminino, acerca do tempo de atuação na USF, este oscilou entre três e quatorze anos. Dentre os componentes do segundo grupo focal, a enfermeira possui nove meses de formação profissional e seis de atuação no serviço. A médica trabalha há seis anos e meio na unidade e apresenta trinta e oito anos de experiência profissional. Em relação à auxiliar de enfermagem, esta apresenta vinte e dois anos de profissão e há dois meses trabalha na unidade, a técnica de enfermagem integra o serviço há, aproximadamente, oito meses e possui oito anos de formação. Todos os participantes referiram já ter participado de algum curso ou oficina que

abordasse a temática Humanização em Saúde, sendo que os ACS vivenciaram essa discussão por mais de uma vez.

Após a análise dos dados e interpretação das mensagens transcritas, identificaram-se três categorias temáticas: *Humanização em saúde: significados e inquietudes*, *Estratégias utilizadas para humanização da assistência* e *Desafios para consolidação de uma assistência humanizada*.

4 DISCUSSÃO

Humanizar a saúde nos compromete não com regras abstratas que poderiam conduzir a um fundamentalismo dos princípios do SUS, mas a alteração das práticas de saúde e dos sujeitos aí implicados. Destarte, é no concreto das práticas de saúde que experiências subjetivas singulares ganham efetivamente a capacidade de transformação dos modelos de gestão e atenção (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A humanização na APS, na percepção dos participantes da presente pesquisa, revela que esta apresenta-se de modo polissêmico. Tal aspecto denota o quão heterogêneas e complexas ainda são as práticas que evidenciam a PNH nos serviços de APS.

4.1 Categoria Temática 1 - Humanização em saúde: significados e inquietudes

O núcleo do significado do termo humanização encontra-se calcado nos pressupostos de respeito e dignidade ao humano, no que se refere aos cenários dos serviços de saúde, este se baseia, sobretudo em relações éticas entre pacientes e profissionais (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Foram atribuídos à humanização em saúde, valores atrelados à solidariedade, respeito, sensibilidade profissional e escuta qualificada. Estes podem ser identificados nos trechos abaixo:

[...] tentar se colocar no lugar do outro [...] É a pessoa procurar o serviço, quem tá lá na ponta, não se limitar... Não ser aquele robô... Ele vê... Ele se sentir no lugar daquele ser humano que está ali procurando o serviço[...](AC2)

Humanização é você trabalhar num ambiente de pessoas que se respeitam. (AC8)

A gente se colocar um pouco no lugar do outro [...] Ter mais atenção, explicar... (AUX)

Cuidar bem do próximo... O que eu não quero pra mim eu também não quero pra o outro né? (T)

Saber ouvir, principalmente é saber ouvir... É ouvir, é dar atenção... Ter respeito pela pessoa. (AC4)

Saber escutar. (AC7)

Os trechos das falas anteriores convergem para uma característica da PNH em que a humanização nos serviços de saúde, em especial, nos serviços de APS busca investir na produção de uma nova forma de interação entre os sujeitos que compõem o sistema de saúde e dele usufruem, de modo a acolher tais atores e fomentar seu protagonismo (BRASIL, 2004b).

O fato de aproximar-se, de “estar com ou perto de” torna-se de extrema importância para o conhecimento e reconhecimento do outro. Fala-se aqui do acolhimento, termo que apareceu com frequência e até de forma implícita em várias falas. Por vezes, os participantes citaram o acolhimento como sinônimo de humanização. Isto pode ser percebido nos trechos a seguir:

[...] a gente tem que ter um bom acolhimento... Saber falar com as pessoas... Saber receber pra poder... É... Saber acolher pra ser um pouco humano. (AC3)

Eu acho assim, que em relação à humanização em saúde em geral, o principal, o primeiro momento vem o acolhimento, né? E trazendo pra nossa realidade, humanização em saúde pra gente que trabalha de casa em casa com família é mais o acolhimento. (AC5)

É, em primeiro lugar o acolhimento... (AC6)

O acolhimento em saúde representa uma postura de receptividade e de escuta, no entanto, não se restringe a tal. Este implica também na prestação de um atendimento que garanta resolutividade e responsabilização instruindo, quando necessário, o paciente e família em relação aos serviços de saúde complementares, o que possibilita, desse modo a continuidade da assistência (BRASIL, 2004c). A fala de um ACS evidencia essa situação, em que a escuta deve estar atrelada à capacidade resolutiva dos serviços, como pressuposto para um atendimento humanizado:

[...] porque dependendo do que você ali tá ouvindo mesmo você vai tá escutando o que a pessoa tá querendo e você pode resolver aquele problema dela ali imediatamente, né? [...] E humanização é na realidade falando em poucas palavras, é isso mesmo. (AC4)

Humanizar em saúde é também compreender cada indivíduo em sua singularidade, como detentor de necessidades específicas, só a partir desse entendimento poderão ser obtidos caminhos para que o sujeito possa exercer de forma autônoma suas vontades (FORTES,

2004). A humanização como forma de tratamento para com o outro levando em conta seus valores e vivências peculiares foi referido pela enfermeira:

[...] cada um tem sua individualidade, tem um problema diferente, tem uma questão diferente pra ser resolvida, porque cada um é diferente. Então trabalhar com humanização é você reconhecer essas diferenças e tratar cada pessoa dentro da sua individualidade. (E)

Ao considerarmos o recorte da fala anterior, podemos afirmar que a rede de humanização em saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito na sua singularidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito coletivo, sujeito da história de muitas vidas (BRASIL, 2004b).

Ainda acerca do significado de humanização, um ACS e a médica da equipe mostraram sinais de inquietude e angústia ao explicitarem suas percepções em relação à temática. Esses aspectos não verbais foram observados quando estes sujeitos trouxeram os significados que são apresentados a seguir:

Porque tem que falar de humanização se nós somos humanos? E tem que trabalhar essa parte de humanização? Nós não somos humanos? A gente não precisava nem trabalhar isso... Se nós somos humanos... Nós não somos bichos... (AC1)

[...] me sinto num turbilhão, me sinto confusa diante disso aí que é o que chamam de humanização... É engraçado [...] É o que deveria ser o tratamento normal de todas as pessoas[...] Isso é que deveria ser o humano, o normal do cotidiano, tratar uma pessoa, como seu amigo, como seu irmão, como seu parente. (M)

Nos trechos das falas anteriores, as participantes explicitam o “pleonasma” existente por trás da discussão referente à humanização. Sendo humanos, as ações praticadas por nós não seriam por si só humanas? Humanização em saúde não significaria desse modo o tratamento esperado ou realizado por seres humanos?

O movimento que traz exigências de humanizar práticas essencialmente humanas não é novidade na área da saúde, bem como na sociedade em geral. Este expressa a estranheza do homem diante do seu mundo (PUCCINI; CECÍLIO, 2004):

Então eu fico assim me perguntando o que foi que aconteceu que desumanizou o que essencialmente deveria ser o mais humano? (M)

4.2 Categoria Temática 2 - Estratégias utilizadas para a humanização da assistência

No cumprimento de suas responsabilidades, a APS utiliza tecnologias relacionais complexas, lidando com problemas das mais diversas ordens, valendo-se de poucos equipamentos. Há, desse modo, a necessidade de uma construção contínua de saberes e práticas pela equipe multiprofissional com o intuito de estabelecer laços com a comunidade (BRASIL, 2009).

A criação e manutenção de um verdadeiro “elo” entre profissional e usuário, ou seja, a questão do vínculo foi reconhecida pela maioria dos ACS como uma estratégia fundamental para a humanização do atendimento:

A gente vai lá dentro daquela família, convive com aquilo, entendeu? (AC1)

Muitas vezes não vê [o usuário] a gente como um profissional da área de saúde, vê como um conhecido, como um amigo, é do tipo que você às vezes tá morta de cansada em casa no final de semana, tá te ligando pra falar alguma coisa... Pra convidar pra um almoço, pra convidar pra uma festa, um aniversário, uma viagem... Eu construí muitas amizades dentro do meu trabalho, muitas... (AC2)

Se você vai ao mercado você vê a pessoa... A pessoa vai falar com você... Em todo lugar que você for [...] Fica arraigado, fica grudado em você... Se você tá no ônibus, você tá de férias, você tá no seu horário de almoço... Porque a pessoa tá sempre por perto... (AC3)

A humanização, como um conjunto de estratégias para atingir a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, dentre outros, com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos inter-profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (BRASIL, 2004b).

Eu mesmo tenho muita amizade na minha área... Me chamam pra ir pra roça deles, outros me chamam pra ir almoçar, ou pro aniversário do filho, outros pro batizado [...]Se torna um vínculo mesmo. (AC4)

[...] a gente entra na casa, senta no sofá, chega na casa pra entregar um exame, aí a pessoa senta com você, por quê? Porque confia em você... Ela se abre e fala. (AC6)

Porque a gente entra na casa da pessoa... Senta no sofá dela, ela faz café pra você, às vezes a gente tem contato com ela a vida inteira. (AC7)

Aspectos sobre o vínculo e sua importância dentro da dinâmica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são mencionados num estudo que buscou analisar a percepção de enfermeiros da ESF sobre a visita domiciliar (VD). Nesse estudo a VD pode ser identificada

como uma das estratégias de criação de vínculos entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (SANTOS; MORAIS, 2011).

Ao ser lançado o questionamento sobre o que tem sido desenvolvido na unidade para tornar o atendimento humanizado obteve-se também de dois ACS o seguinte:

A gente já fez muita capacitação. (AC4)

Já teve várias capacitações aqui... Assim, pra gente foi várias. (AC8)

Sendo assim, estes ACS lembraram-se da educação permanente em saúde como um recurso que lhes tem sido oferecido como um método de humanizar o serviço.

O estímulo aos processos de educação permanente, voltados para o profissional de saúde é citado como um dos princípios norteadores da PNH (BRASIL, 2004b).

Outro ponto destacado foi à manutenção de um espaço físico que remeta a um ambiente acolhedor:

Mudar o visual da unidade... Fazer senha bonitinha pra pegar, arrumar a fila [...] claro que não vai resolver o problema, a gente não vai aumentar o número de vagas, não vai diminuir a fila, mas você organizar, deixar a unidade visivelmente mais bonita... Isso pode ser uma forma de ele se sentir mais acolhido lá dentro [...] São pequenas coisas que a gente vai tentando pra ver se melhora aquele clima... (E)

Enfeitar a unidade, colocar as plantas... (M)

Por mais que pareçam simples, certos componentes têm a capacidade de agir como transformadores e qualificadores do espaço, podendo contribuir de maneira significativa no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004d).

Chamou atenção o fato da adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) ser referida como um meio disponível para o alcance de relações mais humanizadas no serviço. Instituído pelo Ministério da Saúde em julho de 2011, este programa tem como objetivo ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica de forma a garantir um padrão de qualidade comparável ao nacional, permitindo uma maior transparência e efetividade das ações do governo voltadas à atenção primária à saúde (BRASIL, 2011). Uma ACS vislumbra o potencial de transformação de condições desumanas por meio desse programa:

Mas isso [condições desumanas] vai mudar com o PMAQ. (AC3)

4.3 Categoria Temática 3 - Desafios para consolidação de uma assistência humanizada

A busca pela humanização do serviço esbarra numa série de fatores. Nesse sentido, os sujeitos participantes deram ênfase à inadequação de condições estruturais do trabalho ligadas a baixa remuneração, demanda excessiva, sobrecarga, insuficiência de recursos materiais dentre outros, como pode ser observado a seguir:

A demanda é muito grande e tem poucos profissionais né? (AC1)

Até um impresso às vezes falta. (AC2)

Remuneração é oh... [sinal de negativo com as mãos] [...] a demanda é muito grande... Acaba sobrecarregando mesmo... (AC4)

O fluxo é muito grande, o suporte não consegue sustentar a demanda. (AC5)

Falta de material... Oh pra você ver o povo vem atrás de cartão de família... A gente fica ali segurando pra aquelas famílias novas aí fica o povo: “Cadê, olha o cartão todo rasgado”. Fardamento? A nossa farda ta ridícula... Faz vergonha você colocar a farda e sair na rua... Lápis, caneta, envelope pra arrumar o arquivo... Muitas vezes a gente gasta do nosso bolso... (AC7)

A gente na verdade não tem a base pra fazer aquilo que a gente tá designado a fazer... Recursos profissionais, recursos materiais, às vezes a gente não tá preparado pra dar conta de oitenta por cento e a gente tem que dar conta... E isso tá pesando mesmo... (E)

[...] o profissional se vê diante de uma contingência absurda de nunca dar conta do trabalho... (M)

[...] na nossa unidade são cinco bairros que a gente dá assistência. O número de profissionais pra dar assistência pra comunidade ta sendo pouco, ela (a médica) atende diariamente dez, quinze agendados, fora as emergências que chegam e aí acaba somando trinta... Aí chega um, aí chega outro. A outra médica do mesmo jeito e continuam saindo pessoas insatisfeitas e vai continuar saindo, entendeu? Porque não damos conta... A gente tenta né? (AUX)

O trabalhador de saúde merece atenção, ao passo que constitui um dos protagonistas do processo de construção da saúde, o qual necessita ser reconhecido profissionalmente e percebido como um sujeito detentor de valores, sentimentos, convicções e autoestima (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007).

O que também deve ser colocado em pauta, como fator dificultador, para um atendimento humanizado é o predomínio de estruturas administrativas rígidas e burocráticas (CASATE; CORRÊA, 2005):

Eu acho que também a burocracia das coisas... Às vezes a gente até tenta resolver, mas... Eu sei por que toda reunião que tem eu falo de um problema que tenho na minha área [...] É muita burocracia, muita coisa... Pra chegar até outras pessoas entendeu? Eu acho muita burocracia. Uns papéis que depois vêm e às vezes não resolve o que tem que resolver mesmo... (AC1)

Dentre as dificuldades elencadas, alguns profissionais ressaltaram deficiências no processo de relacionamento e interação entre si, o que acaba repercutindo negativamente para o usuário:

No momento está acontecendo uma coisa que tá me preocupando muito, que eu tô sentindo assim uma desarmonia muito grande [...] Estamos todos num momento assim, onde a gente não tem afinidades, onde a gente tá tendo sempre problemas, a gente tá tendo sempre atritos... (M)

[...] Tinha que tá todo mundo inteirado [os profissionais da equipe], falar a mesma linguagem... Aquela comunicação que hoje faz uma reunião ali... Aí uma parte vem, outra parte não vem... Quando é segunda-feira, mudou as coisas, as pessoas nem sabem o que aconteceu... Aí quem chega lá na hora vai dar uma resposta que não é verdadeira... Fica aquele desencontro de informações... A pessoa [usuário] sai chateada porque informam as coisas totalmente diferentes. (AC3)

Vale ressaltar que as dificuldades nas relações entre os sujeitos, na maioria das vezes, estão vinculadas a uma comunicação inadequada, o que deve ser revisto de maneira contínua no cotidiano de trabalho. É essencial o estabelecimento de uma comunicação eficiente entre os profissionais incluindo também aquela mantida com o usuário (BECK et al., 2007).

Ainda em relação aos empecilhos para a efetivação de um atendimento humanizado, a médica trouxe em um de seus relatos a existência de falhas em termos de complementaridade na rede de atenção à saúde:

[...] é que eu vejo o SUS como um macrosistema, e nós somos as células... E essas células, elas não estão conectadas com as células maiores e intermediárias. Por exemplo, a alta complexidade, eu sempre fico triste quando eu vejo que um paciente vai ter que passar pela alta ou média complexidade [...] Então você pega um paciente que daí pra frente ele vai precisar da central de especialidades, a dificuldade que é ultrapassar isso aí... E é aí nesse momento que a gente diz: meu Deus, eu fiz até aqui, e daqui pra frente como é que vai ser? Você precisa passar por cima de vários obstáculos, por exemplo, tirar o paciente de um fluxo que é intenso, entre a unidade básica, o PSF, e a média complexidade e ter que pedir na central de marcação... Mandar bilhete, mandar recado, telefonar, pra que aquele paciente vá

adiante... Então a gente não vê essa coisa da mão e contramão, dessa estrada de dupla mão.
(M)

5 CONCLUSÃO

Os dados deste estudo apontam que não existe consenso entre os distintos trabalhadores que compõem a equipe de saúde da família acerca das estratégias desenvolvidas no processo de trabalho desta que possa conduzir à humanização do cuidado prestado.

Desse modo, a humanização em saúde configura-se como um processo complexo o qual ainda encontra pela frente uma série de desafios a serem superados. Muito além da sensibilização dos atores sociais envolvidos para mudanças no seu modo de conceber o outro, esbarra numa série de problemas ligados à burocratização e rigidez estrutural do sistema de saúde.

Entretanto, não podemos deixar de reconhecer a PNH como um real avanço à medida que considera além dos direitos dos usuários e trabalhadores de saúde uma proposta de aprimoramento organizacional dos serviços, contemplando também o resgate de princípios e diretrizes do SUS a exemplo da universalidade, integralidade, equidade e controle social.

Espera-se que, a partir da percepção, vivências e experiências relatadas pelos profissionais participantes desse estudo, seja extraída como contribuição à obtenção de respostas que possam gerar subsídios para gestores e profissionais acerca da avaliação e elaboração de estratégias que possibilitem uma melhor implementação da PNH no cenário das USF.

HUMANIZATION IN PRIMARY HEALTH CARE SERVICES: MEANING FOR PROFESSIONALS OF FAMILY HEALTH TEAM

ABSTRAT

Studies on humanization in health services of primary health care are incipient. The objective of this study was to understand the perceptions of workers in a Family Health Unit about the humanization in primary health care. This is a descriptive study of qualitative approach. Data were analyzed through thematic analysis of content, being identified thematic categories: Humanization in health: meanings and concerns, Strategies used to humanize the care and challenges for consolidation humanized care. The study indicates that there is no consensus among the team of workers on the strategies developed in the work process of the same that can lead to humanization of the care provided. This denotes the complexity and heterogeneity of the subject. The result of this study can contribute to reflection and analysis of how the humanization has been perceived and implemented in primary health care services to Health.

Descriptors: Humanization of assistance. Family health program. Qualitative research. Nursing.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Definição e relação com as outras ciências. In:_____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. p.23-41.

BECK, C. L. C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n.3, p. 503-510, 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Réplica. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 404-406, 2005.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSus: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: ambiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n.1, p. 105-111, 2005.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.3, p. 30-35, 2004.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas? In:_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2007, p.41-57.

LEOPARDI, M. T.; GONZALES, R. M. B.; BECK, C. L. C. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. p.223-36.

MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n.3, p. 351-356, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n.5, p. 1342-1353, 2004.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare enfermagem**, v. 16, n.3, p. 492-497, 2011.

SIMÕES, A. L. A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 439-444, 2007.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

Recebido em 30 de agosto de 2016.
Aceito em 23 de novembro de 2016.