

# HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E DAS RELAÇÕES NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA

**Vivian Pinho Beneciano Lopes<sup>1</sup>**  
**Thamar Silva de Araújo<sup>2</sup>**  
**Denise da Silva Gomes<sup>3</sup>**

## INTRODUÇÃO

O referido tema parte da grande demanda em operacionalizar as políticas de humanização na saúde e se fundamenta na compreensão do processo transitório da gestão da unidade e da participação dos atores envolvidos na produção de saúde. O seu desenvolvimento parte do aspecto histórico dos modelos de atenção para chegar à temática da Humanização dos serviços, através da análise da intersubjetividade (produção de subjetividade) dos sujeitos e suas relações para com o mundo e para com o outro. Salienta também a participação dos atores do processo na conversão de modelos e de cultura e utiliza a pesquisa de campo para avaliar a inserção deste sujeito no serviço, sua satisfação com o atendimento e sua relação “existencial” com os profissionais de saúde, momento em que o sujeito possa se apropriar da promoção de sua saúde e de sua vida.

---

<sup>1</sup>Ex-aluna do Curso Técnico de Gestão em Serviços de Saúde (2004-2006). Atualmente cursa Administração de Empresas na Universidade Estácio de Sá. Contato: vivianpbl@hotmail.com.

<sup>2</sup>Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Atuou como docente na EPSJV.

<sup>3</sup>Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde (LIREs) da EPSJV. Graduada em Pedagogia pelas Faculdades Integradas Simonsen (FIS, 1980). Possui especialização em Docência Superior (FIS, 1995), em Recursos Humanos para a Saúde (Fiocruz, 1999) e em Educação Profissional em Saúde (EPSJV/Fiocruz, 2005), entre outras. Contato: dengomes@epsjv.fiocruz.br.



Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde.

Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegam, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos. (BRASIL, 2006).

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o profissional de seu próprio processo de trabalho.

O cenário indica, então, a necessidade de mudança. Mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão, modelo este que valorize a inclusão do sujeito nos processos decisórios da instituição, com gestão participativa em todos os níveis.

Os modelos de gestão atualmente implementados são, em sua maioria, burocratizados, geram como sintoma a queixa, que toma um aspecto cultural que não valoriza a inclusão dos vários segmentos da sociedade na produção conjunta de saúde, ferindo o ser humano individualmente, justamente aquele que seria o agente da mudança. A humanização, sobre a qual tanto se fala e se cogita, prevê uma nova visão do atendimento ao paciente e aos demais profissionais. Para que isso ocorra, é necessário que se compreendam o diferente, a subjetividade do indivíduo, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde.

Partindo desse pressuposto, pretende-se estudar a humanização por meio da compreensão sobre as relações instituição-usuários existentes, tendo como eixo norteador a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção da Saúde, do Ministério da Saúde.

Serão abordados no decorrer do artigo o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Humanização, a participação dos atores do processo, a cultura da “queixa” e a metodologia utilizada no artigo.

## **O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

Para iniciarmos, será feito um breve histórico, necessário para que se possa ter uma visão global dos fatos ocorridos durante o processo. A saúde, conhecida como “pública”, sofreu várias “reformas” sanitárias para poder atender a toda a população.

Inicialmente, na década de 1920, só havia o atendimento público a quem contribuía para as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e a assistência médica era exclusivamente curativa. As pessoas que não podiam contribuir eram “encaminhadas” a entidades filantrópicas, cujo atendimento era oferecido como “caridade”. Havia também a assistência médica particular, pouco utilizada devido ao alto custo das consultas. Passados anos, o serviço médico público vigorou para os trabalhadores que possuíam carteira assinada e que, da mesma forma, contribuía.

O modelo “médico assistencialista” teve como base o processo de urbanização e industrialização que ocorreu no Brasil a partir dos anos de 1920 e 1930. Desenvolvido como componente do sistema previdenciário, ele tinha como clientes os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Atendia, basicamente, o que a autoavaliação da clientela definia como problema. Diz-se por isso que, nesse modelo, as atividades de prevenção eram preteridas em função das atividades meramente curativas.

Tais fatores – a priorização da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento das ações preventivas e de promoção da saúde – são fundamentais para explicar a precária evolução dos serviços de saúde, assim como a desarticulação das ações entre os níveis governamentais.



Na prática, esse modelo resultava na busca de atendimento exclusivamente hospitalar, geralmente localizado nos grandes centros urbanos, que ficava sobrecarregado, sem capacidade de priorizar os usuários com problemas que realmente necessitavam de atenção hospitalar, uma vez que as pessoas não encontravam soluções para seus problemas nos centros e postos de saúde.

Entende-se por “modelo assistencial” o modo como estão organizadas e combinadas as diversas formas de intervenção no processo saúde-doença. Não se pode dizer que exista um modelo ideal, mas sim um modelo mais adequado a cada tipo de sociedade.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde recomendou que a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deveria resultar na criação de um “Sistema Único de Saúde”, com comando único em cada esfera governamental, considerando que as atribuições de cada nível deveriam ter como fundamento o caráter federativo da nova República, de modo a romper com a centralização que esvaziou, nesta década, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios.

A partir da Constituição de 1988, a competência para cuidar da saúde deixa de ser hegemônica da União e começam a acontecer, então, as grandes mudanças estruturais anteriormente propostas na área da saúde, sendo um direito social do qual o Estado deve prestar assistência a todo cidadão. A saúde visa agora o coletivo, e não mais os indivíduos. Dessa forma, passam a se definir melhor as competências e, particularmente, inicia-se o processo de descentralização. (WILKEN, 2005, p. 50).

A rede de assistência do SUS, conforme descrita constitucionalmente, deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência. No processo de regionalização, a divisão do território estadual é feita tendo como base as características locais, a situação de saúde da população, a oferta e o acesso aos serviços. Isto requer do poder público, no âmbito estadual, o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às diferentes demandas de saúde em seus vários níveis e etapas do processo de assistência.

O novo modelo proposto, legitimado pelo SUS – “o modelo integrado” – implica mudanças organizacionais (descentralização, hierarquia), uma nova compreensão do processo saúde-doença e a redefinição do vínculo entre os serviços e os usuários. A saúde passa a ser vista não mais pela sua definição negativa, de ausência de doença, mas de uma forma positiva, com qualidade de vida.

Outro aspecto de fundamental importância nessa proposta de gestão é a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação que facilitem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a tomada de decisões coletiva. (BRASIL, 2002).

Desencadeado esse processo, as instituições de saúde, por meio da voz dos usuários, profissionais e gestores, assumem a direção da construção de sua identidade e do seu projeto. Tal tarefa exige autonomia, liberdade e responsabilidade. Em contrapartida, oferece a possibilidade de reconstrução dos serviços de saúde.

Esta nova rede assistencial vem possibilitar à população um acesso mais ágil e democrático, poupando assim o usuário do SUS da peregrinação por diferentes municípios e hospitais na busca por um melhor atendimento, garantindo o acesso dos pacientes e otimizando os recursos disponíveis no SUS.

Em 1990, a lei nº 8.080, de 19/09 – Lei Orgânica da Saúde – e a lei nº 8.142, de 28/12, regulamentam as determinações da Constituição e consagram os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atuação. (WILKEN, 2005, p. 102).

Esse processo permite legitimar o direito à saúde como garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, a todos os habitantes do território nacional. O eixo norteador



de todo o movimento transitório do sistema perpassa os municípios com diretrizes mais claras, que regem agora o novo modelo do atendimento médico no Brasil.

Chegamos ao século XXI e percebemos que as conquistas obtidas com o passar do tempo estão sendo aperfeiçoadas. A complexidade desse processo exige novos modelos gerenciais que facilitem ações intrasetoriais e interinstitucionais, visando mudanças no modelo de atenção à saúde no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários.

Apesar dos direitos que os usuários possuem, de um atendimento digno, atencioso e respeitoso, que a política de humanização prega e que a Constituição assegura, ainda encontramos modelos assistenciais que enfocam a doença e desconsideram o valor da experiência subjetiva do paciente, contribuindo para a diminuição da qualidade dos serviços prestados. Essa questão traz a necessidade de enfatizar a democratização das informações, como um controle social sobre as ações em saúde, assegurando propostas levantadas pela Reforma Sanitária no País.

A despeito dos avanços obtidos no plano legal, a realidade dos serviços oferecidos à população em muito se distancia da garantia efetiva do direito à saúde, tão almejada em nosso país. Isso ocorre porque a população desconhece os mecanismos de participação e acompanhamento das ações na saúde pública. Em face do desconhecimento por parte dos usuários, e também pela não incorporação deste na gestão pública, torna-se compreensível que esta também seja a visão dos usuários, descomprometidos com a sua própria saúde.

Portanto, as noções de cidadania e controle social em saúde, conceitos fortemente vinculados ao processo de conscientização da saúde, também são direitos que devem ser reivindicados, reconhecidos e protegidos. Apesar das contradições, o SUS foi criado em um modelo do qual a população deve participar, manifestando seus direitos, opinando sobre as decisões relacionadas às políticas de saúde, garantindo, assim, que o atendimento seja de acordo com suas necessidades.

Mas o que sabemos da rede de serviços do SUS? Ela funciona? Como é a realidade das unidades básicas de saúde? Qual o suporte com que o hospital conta na hora de dar alta ou encaminhar um paciente para a continuidade do tratamento?

Todas estas dúvidas e problemas são muito frequentes nos hospitais. Por isso, a preocupação do HumanizaSUS. A proposta da política é ajudar a estabelecer formas de cuidado humanizado tanto para os usuários quanto para os profissionais. Convém observar que é muito difícil oferecer o que não se tem. Desenvolver padrões de cuidados humanizados para os usuários requer formas de relações institucionais humanizadas também entre profissionais e chefias, com formações e responsabilidades diferentes.

Essas questões tocam nos aspectos cruciais da assistência e do funcionamento da organização de saúde. Tomadas em seu conjunto, elas representam o início do processo de humanização no hospital. É impossível pensar em humanização sem levar todos esses fatores em conta: a qualidade técnica e democrática da gestão e do processo de trabalho, a funcionalidade e o conforto dos espaços físicos, a capacidade de acolhimento, o respeito às diferenças e aos saberes populares, a eficiência e o aspecto democrático do sistema de saúde, seu acesso universal, sua equidade, sua complexidade e sua proximidade real das pessoas e da sociedade.

## **POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

Do ponto de vista histórico, a humanização nos serviços de saúde surgiu devido às frequentes queixas dos usuários em relação ao atendimento recebido nas unidades de saúde.

O projeto chamado de “humanização” – um conjunto de desejos que virou conceito – nasceu vinculado à saúde da mulher, mais especificamente aos programas de humanização do parto, como reivindicação dos movimentos sociais. (Revista RET-SUS, 2005, p. 4).



Com o tempo e a constatação do número significativo de queixas dos usuários em relação ao atendimento recebido nas unidades de saúde, a proposta de humanização foi ampliada, ganhou operacionalidade e tornou-se, em 2000, política nacional.

Com a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), ela deixou de estar restrita a programas específicos, mas manteve o foco na atenção (tanto nos hospitais como nos usuários). Depois passou a se chamar HumanizaSUS, uma política que se pretende transversal e que reconhece as particularidades de saúde de cada usuário, incluindo o contexto socioeconômico, além de buscar em experiências bem-sucedidas “conceitos” mais ampliados de humanização, que envolve a gestão e todos os atores envolvidos no processo (ibidem).

Entende-se por política transversal o conjunto de princípios e parâmetros que produzem ações nas diversas práticas de saúde. Essas práticas são caracterizadas por uma construção coletiva capaz de ir além dos diferentes núcleos de saber e de poder que atuam na produção da saúde, e desta forma devem traduzir os princípios do SUS em modos de operar os diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos, oferecerem um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presentes, promovendo ações humanizadoras da rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores/profissionais da saúde e usuários.

O PNHAH nasceu de uma iniciativa estratégica do Ministério da Saúde: buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do Sistema de Saúde – SUS.

Chama-se de transversal o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados. (GUATTARRI, 1981, p. 39).



O grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho, as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários.

Ação importante na Política de Humanização, os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) são coletivos organizados, participativos e democráticos, que se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos profissionais em saúde. Constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada área da saúde, tem como atribuições: difundir os princípios norteadores da Humanização/PNH; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento do serviço, promover o trabalho em equipe multi e interprofissional, propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde, estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores da instituição de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do serviço com a comunidade. (PASSOS, 2006, p. 95).

Todos podem participar desses grupos: profissionais de saúde, técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e usuários, ou seja, todos aqueles implicados na construção de propostas para promover ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS. A participação dos gestores nos GTHs mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano do governo.

Humanizar a assistência hospitalar, portanto, é dar lugar não só à palavra do usuário, como também à palavra do profissional de saúde,



de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. Cabe a esta rede promover ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da valorização do conhecimento e do respeito mútuo. Desta forma, a humanização valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, profissionais e gestores promovem o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, propiciando a autonomia e o protagonismo desses sujeitos. Ademais, propicia a transformação dos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Com isso, a humanização se operacionaliza, com a construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos, a troca e a construção de saberes, a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde, o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias (ibidem, p. 80).

Segundo Oshiro (1998), a participação dos indivíduos nos grupos e nas comunidades, por meio da cooperação e da solidariedade, é a base para se alcançar o “bem comum”, o atendimento humanizado que satisfaça profissional e usuário. É por meio dessa “ajuda mútua” que os problemas são identificados e as soluções para os mesmos buscadas.

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde.

Uma das metas-objetivo é divulgar em todas as instâncias do sistema, principalmente entre usuários, as marcas da PNH: o direito que todo usuário tem de saber quais são os profissionais que o atendem, a redução de fila com o acolhimento, a avaliação de risco, o direito a um acompanhante nas internações e consultas, e o direito dos usuários, trabalhadores e profissionais de participação na gestão dos serviços. (PASSOS, 2006, p. 63).

Dentro de todo processo construtivo do programa, conceitos como acolhimento, vínculo e integridade trazem como centro das preocupações da saúde o sujeito. Assim, a humanização do cuidado trata da valorização da vida, do respeito ao outro e de suas diferenças. “Os serviços tornam-se desumanizantes pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade” (BRASIL, 2002). Os críticos às propostas humanizadoras no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam e que, na maioria das vezes, as mudanças não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos.

Sem dúvida, há um processo de burocratização e, em muitos casos, até mesmo de embrutecimento das relações interpessoais no SUS, quer sejam relação entre profissionais quer seja destes com os usuários (CAMPOS, 2005, p. 44).

Com a instauração deste processo de burocratização, veio a reflexão de que realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação. Isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das práticas de saúde.

Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde, propiciando práticas de saúde mais efetivas.

A Humanização, considerada nesta perspectiva, é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas, uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com os novos modos de operar, decorrentes da incorporação do sujeito e de suas histórias de vida. O trabalho na saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem a participação ativa



dos usuários, nem há saber técnico que realize por si só este tipo de integração.

A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para o controle social. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia a dia das unidades de atenção do SUS, nas quais a participação ainda é pequena. Mesmo os trabalhadores e profissionais de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizada e pouco participativa no sistema de saúde.

Conforme Campos (2000):

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem na verdade uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num serviço de saúde sem que se altere também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. (CAMPOS, 2000, p. 88).

O maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços que presta à população em termos de eficácia e produção de saúde. Implementado, o desafio do Programa HumanizaSUS era colocar em prática tudo o que no documento oficial fazia com que a saúde fizesse jus à sua descrição constitucional.

A humanização depende ainda de mudanças nas pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, da possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformação do trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicar com clareza a responsabilidade sanitária, é um instrumento poderoso para a mudança. Na realidade, a construção de organizações que estimulem os operadores 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 devem compor, é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência.

Segundo Foucault (1977) e Rosen (1979 apud DESLANDES, 2004), o hospital moderno teve como marco histórico de sua constituição organizacional a imposição, aos “pacientes”, do isolamento, da despersonalização, da submissão disciplinar de seus corpos (e subjetividade) a procedimentos e decisões que sequer compreendiam.

A forma com a qual se trata o “doente”, que em nome da rigorosa prática científica aparta-o do seu convívio familiar e social e não lhe reconhece discernimento ou competência para tomada de decisões, constituiu por muito tempo a cultura organizacional hospitalar.

A proposta de humanização, ao sugerir a substituição das formas de violência simbólica constituinte do modelo de assistência hospitalar por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre os usuários, profissionais e gestores, busca instituir uma nova cultura, na qual o sujeito possa expressar sua subjetividade e encontrar no outro, médico, a diferença como instrumento da partilha de saberes.

A humanização, como política que atravessa todas as instâncias do SUS, pretende atuar na descentralização, isto é, na autonomia da gestão da rede de serviços, de maneira a integrar os processos de trabalho a as relações entre os diferentes profissionais. Para tanto, cabe às equipes se preparar para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional.

Esta postura proporciona a construção de autonomia, capacidade de realização e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, responsabilidade conjunta desses sujeitos nas práticas de atenção e de gestão (PASSOS, 2006, p. 55).

A grande resistência à adesão total ao programa se dá por parte dos profissionais de saúde, pois ninguém molda modelos sem mudar quem faz. Partindo desse pressuposto é que os usuários manifestam desânimo, desamparo e descrédito para com o atual sistema. Estes esperam dos serviços mais do que um conjunto de cuidados dirigidos ao corpo “biológico”.



Os serviços de saúde parecem cumprir muitas funções e a relação médico-paciente sobressai como elemento mais destacado nos julgamentos da qualidade do atendimento (BOSI; AFFONSO, 1998, p. 357).

Tais afirmações evidenciam que a humanização, na perspectiva dos profissionais de saúde, põem em destaque o respeito, a diferença e a centralidade do diálogo como mecanismos fundamentais para resgatar as relações destes sujeitos que, por manterem contato direto com o sofrimento humano, principalmente nos serviços, se afastam e não interagem. Fator importante que precariza o atendimento é que os processos de trabalho no SUS dependem, em parte, de questões como afinidade com o trabalho, que também dependem das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido. Por outro lado, o programa também é falho na medida em que problemas antigos, como a redução das filas e do tempo de espera, não foram superados de forma efetiva com o HumanizaSUS.

Portanto, a estratégia de um sistema mais humano, sem descartar o conhecimento técnico do profissional, passa por uma mudança cultural no atendimento. “Entendida assim, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética”. Isto é, sem comunicação, não há comunicação. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir no diálogo com nossos semelhantes.

A missão de todos, poderes constituídos e profissionais de saúde, será a de reconhecer o paciente como sujeito e não como objeto da atenção médica, o que nos impõe melhor compreender as ações cotidianas de qualquer unidade de saúde. Procura-se realçar a importância e a necessidade da dimensão humana no cuidado da dor e sofrimento humanos no âmbito da saúde, especificamente no hospital, pois o ambiente hospitalar reflete essa problemática como que em um espelho, com o que de pior e de melhor acontece na nossa sociedade desumanizada e desumanizante.

Em síntese, a política visa à reorganização do processo de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais que envolvam trabalhadores e gestores; busca-se a implemen-



tação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe e a democratização dos processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, profissionais e usuários.

No tocante ao cuidado digno da dor e sofrimento humanos, o sistema de saúde brasileiro ainda está numa fase rudimentar. Há muito que se fazer em termos de operacionalização de políticas públicas relacionadas com a questão, bem como intervir no aparelho formador de profissionais para criar uma nova cultura.

Dentre as ferramentas utilizadas pelo HumanizaSUS, propiciar um atendimento resolutivo, com qualidade e acolhedor, pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e profissionais – equipes – e entre os próprios usuários.

Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde, o que implica uma postura de escuta e compromisso em fornecer respostas às necessidades de saúde pelo usuário, que inclui sua cultura, saberes e capacidade de avaliar os riscos, melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada, e a mudança de objetivo da doença para o sujeito. Uma postura acolhedora implica estar atenta à diversidade cultural, racial e ética (PASSOS, 2006, p. 8).

Se o desafio é humanizar a atenção e a gestão do SUS, o desafio é também criar instrumentos para que a clínica (atenção) e a gestão possam ser pensadas inseparavelmente. “Uma prática muito comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos sujeitos a um recorte diagnóstico, a sua doença” (ibidem, p. 32). Deste desafio de lidar com os sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é que depende o sucesso do tratamento.



Mas ajudar usuários e profissionais a lidarem com a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade significa ajudá-los a trabalhar em equipe. (Ibidem, p. 50).

É na interação que os diferentes sujeitos da equipe valorizam suas diferenças.

Todos podem participar desses grupos: profissionais de saúde, técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e usuários, ou seja, todos aqueles implicados na construção de propostas para promover ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção à saúde, às inter-relações das equipes e à democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS. A participação dos gestores nos GTHs mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano do governo.

## **ATORES DO PROCESSO**

Como vimos, a eficácia do Sistema de Saúde está fortemente ligada à qualidade do relacionamento humano estabelecido entre os profissionais e os usuários, no processo de atendimento hospitalar. (BRASIL, 2002).

Estes são os atores, os protagonistas na busca pela mudança nos serviços de saúde públicos. Cada um com sua responsabilidade, para que se possa humanizar a Saúde Pública.

Para ser responsável, é necessário conhecer a realidade, compreendê-la, explicá-la. Entretanto, a realidade da qual falamos aborda a contradição na qual estão inseridos os usuários: “Estes não distinguem unidades de cuidados básicos de hospitais, ou outras estruturas mais complexas dos serviços” (BOSI; AFFONSO, 1998, p. 362).

Por isso, percorrem desde um posto médico a um hospital, sem saber onde realmente deveriam ser atendidos, ou ao menos ter o aten-





dimento básico. Essa total desinformação leva as pessoas a uma verdadeira peregrinação em busca do atendimento adequado para cada caso, causando verdadeiro caos nos serviços e as crescentes “rixas”, por não compreenderem que muitas vezes a procura pelos serviços é maior do que a quantidade de profissionais para se realizar o atendimento. Assim, os usuários interpretam muitas vezes como negligência a realidade por que o sistema passa.

Tais situações são decorrentes do desencontro de ideias e diferentes modos de pensar entre o usuário e o profissional.

A medicina, como toda prática inserida no contexto histórico-social, teria passado pela universalização de seus atos, tendo como objetivo de sua ciência o “doente” que, nesta nova condição, perdeu suas diferenças sociais para ser objeto do saber reconhecido cientificamente. (CAPRARA; FRANCO, 1999, p. 649).

Saber que este é apoiado pelo uso extremo da medicina técnica em detrimento do ser humano que ali se encontra, detentor de sua vida, saúde, emoções, que precisa ter suas subjetividades resgatadas, para que possa se ver e sentir-se presente e participante da rotina hospitalar.

Vale fazer aqui uma ressalva: é impressionante a dificuldade que o ser humano tem de ouvir, de escutar.

Ouvimos, mas na verdade não escutamos o outro, ouvimos o que ele tem a dizer, mas não o que ele quer nos transmitir emocionalmente. (GAUDERER, 1991, p. 186).

O objetivo aqui é enaltecer o respeito ao outro como um ser autônomo e digno, protagonista das ações referentes à sua saúde. Para tanto, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo.



Esta singularidade de um ser para o outro, que deveria diferenciá-lo, não é vista e muito menos reconhecida. É fundamental que se construam sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde. É importante partir do conhecimento e experiência que as pessoas têm e permitir a troca de ideias. O ato médico, extremamente normativo, extingue qualquer possibilidade de melhoramento, pois a mudança gera a visão negativa do processo. As pessoas não resistem às mudanças; resistem a serem mudadas.

O cotidiano, enquanto experiência de vida, torna-se fundamental à localização de elementos através dos quais os atores sociais constroem suas percepções, ao mesmo tempo em que representa um espaço de luta e poder (BOSI; AFFONSO, 1998, p. 361).

Esse espaço não deve ser alternativo, e sim existencial, para que a essência humana possa ser desvendada pelas relações pessoais.

A desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica também uma série de consequências negativas para o relacionamento profissional-usuário. De fato, essa relação está quase sempre alicerçada na crença de que somente o profissional de saúde é quem sabe a respeito do estado de saúde do usuário, e não (ou também) o próprio usuário. A comunicação entre esses atores tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo, e conseqüentemente pela falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente.

Assim, não existe projeto de Humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições. Tal premissa envolve também outras estratégias, dirigidas para aumentar o poder do doente ou da população em geral, frente ao poder da autoridade do saber e das práticas sanitárias.



Portanto, mais do que um desconhecimento dos direitos, a população apresenta uma sensação de resignação, de submissão, embora se possa identificar na sua fala a percepção de que a realidade deveria ser diferente, tendo em vista seus direitos. (Ibidem, p. 364).

Pelas várias alusões à questão da participação no enfrentamento das questões relativas à saúde, dentre outras esferas, torna-se claro que participar tem como principal objetivo ser ajudado. Ao lado disso, problemas com o acesso aos serviços, a demora dos exames, além da incapacidade do setor em responder a uma série de outras demandas acarretam consequências importantes para a saúde da população, cujas respostas são a baixa resolutividade da queixa do usuário e o abandono do tratamento, entre outras medidas. Por outro lado, na ausência de canais de participação efetiva, mesmo que a população queira, torna-se muito difícil reivindicar, sobretudo num contexto em que mesmo o segmento social mais fortemente organizado defronta-se com obstáculos excepcionais para levar à frente sua demanda.

A participação da sociedade por meio dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde tem um papel importante: conferir maior visibilidade às decisões dos gestores. A criação de conselhos gestores em todos os serviços de saúde integrantes do SUS amplia o controle e a participação social. (BRASIL, 2002).

Neste momento, é imprescindível a atuação do gestor, como interventor no sistema e idealizador das políticas em prol dos serviços. O gestor deve estar comprometido juntamente com os usuários e os profissionais de saúde, para que o atendimento possa valorizar a vida humana e propiciar o convívio social entre os usuários e a unidade.

O lugar do usuário nos serviços e no sistema de saúde, sobretudo no que se refere à sua condição de sujeito, será ressaltado com as noções de humanização, cujo foco é a dimensão humana, individual e ética do atendimento e a de direitos do paciente, cujo foco é a dimensão da cidadania (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 610).



Tanto o profissional quanto o usuário, individual ou coletivamente, transferem afeto. É necessário aprender a prestar atenção nestes fluxos de afeto para melhor compreender-se o outro e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela. (PASSOS, 2006, p. 39).

São essenciais na relação médico-paciente o contato, a transparência, a compreensão, o apoio mútuo, o carinho e o respeito pelo sofrimento próprio e do outro, aproximando os sujeitos e humanizando a relação. Uma relação interpessoal saudável é, em essência, o respeito e o carinho pelo outro e pelas suas relações. Esta é a “nova” relação médico-paciente. Uma relação humana, aberta, democrática, flexível, de respeito e responsabilidades recíprocas. Cresce com isso o paciente, que passa a ter uma atuação mais direta sobre a sua doença, compartilhando e dividindo responsabilidades. O paciente sai da posição de objeto e torna-se um indivíduo-cidadão, capaz de julgar e opinar conscientemente. Torna-se usuário.

Quanto maiores a integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores das diversas instâncias do sistema de saúde, maior será a possibilidade de um atendimento efetivo à população.

Para tanto, é necessário o estímulo à participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços, capacitar os profissionais dos hospitais públicos para o novo conceito de atenção à saúde, que valoriza não só a integralidade dos processos de atendimento, como também o estilo de vida do paciente, a subjetividade e a cidadania.

No momento em que o país assume direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir realizando sua tarefa primária de produção de saúde, de modo sintonizado com o combate à fome e à miséria social.



## A CULTURA DA “QUEIXA”

Para tratarmos do processo cultural do atendimento brasileiro em relação à saúde da população, onde esta se insere e onde suas subjetividades são expressas em seu grupo social, veremos primeiramente seu significado e sua abrangência. A cultura aqui será compreendida como um conjunto de conhecimentos adquiridos em determinado campo, que são transmitidos coletivamente e típicos de uma sociedade.

O modelo assistencial brasileiro tradicional é centrado em prescrições médicas e na produção de procedimentos que utiliza instrumentos tecnológicos e medicamentos como principal recurso diagnóstico – por não haver articulações entre gestor e profissionais. Portanto, preconiza um modelo político-econômico predominantemente excludente, pois não inclui estes sujeitos nas tomadas de decisão da instituição. Por esta razão é que a população, cansada de “ser colocada de lado nos hospitais”, enxerga como única saída a queixa em relação ao atendimento recebido. Essas queixas não são apenas questionamentos do serviço prestado, como o atendimento técnico em si, e sim o sofrimento vivo que o ser humano expressa no momento de fragilidade e fraqueza.

De acordo com Gauderer (1991), não é fácil ser paciente! A pessoa se sente exposta, agredida física e emocionalmente, não só pela doença, como também pelo profissional de saúde, que apalpa, aperta, injeta, corta, subtrai esperanças, cria restrições e dita normas. A pessoa doente sente inquietações, angústias, medos, frustrações, inseguranças, inferioridades, incapacidades, raivas e outras emoções.

Então o que vem a ser humanizar? Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade. Ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo:



sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes. (BRASIL, 2002).

A população brasileira ainda possui enraizada em sua cultura a crença de que o acesso à saúde é um "favor" que o profissional lhe oferece. Esta visão reduzida do conceito de saúde, aliada à suposta "bondade" com a qual estas pessoas são tratadas nos hospitais, as mantém afastadas de toda e qualquer possibilidade de interação com as equipes profissionais. Só no momento em que a população tomar consciência de seus direitos, o que lhes é resguardado na Constituição, é que se criarão sujeitos ativos neste processo de mudança.

Este modelo de atenção culturalmente arraigado é centrado na relação queixa-conduta. Ou seja, a queixa é o que determina o procedimento, e não o olhar integral ao sujeito. Os fatores emocionais do sujeito não podem ser deixados de lado no atendimento à saúde. O atendimento deve levar tudo isso em conta, e não somente a queixa do momento, porque essa queixa pode ser apenas um dos problemas. Este "sintoma" – a queixa – demonstra o quanto os usuários estão fora do sistema, da realidade na qual a instituição se encontra, e por pior que esta situação possa parecer existe a limitação de se ver apenas o corpo doente da pessoa, e não ela como um todo.

Para mudar a forma com a qual a pessoa se vê, se reconhece, e conhece o outro, é necessário que esta atitude parta do próprio, e não de outra pessoa. O ser humano tem que querer mudar para assim poder transformar os outros e poder mostrar-lhes o quanto, juntos, podem somar para a melhora dos serviços de saúde. O Brasil, por ser um país com desigualdades sociais, torna ainda mais perversa a situação da saúde pública, por não possibilitar o acesso dessas pessoas aos mínimos direitos de saúde e principalmente de cidadania. É esta cultura de atendimento (prestação de favores) que se mantém na cabeça dos homens e que promove o fracasso da busca pela qualidade e acaba de vez com a expectativa do bom atendimento.

Desta forma, tanto o profissional quanto o usuário devem atuar na conversão da cultura de atendimento para que se preservem a vida e a dignidade humana. Ciente dos problemas (falta de infraestrutura, de

profissionais etc.), mas alheio ao processo de mudança, esse coletivo (usuários) se acomoda e se alicerça na convicção de que nada pode ser feito e nada será mudado com o modelo assistencial tradicional que, como regra, enfoca a doença e desconsidera a subjetividade do “paciente”. Este expõe suas expectativas com relação ao atendimento e se vê frustrado com o distanciamento de ambos os atores do processo.

Esse desencontro de ideias e diferentes modos de pensar reforçam o que já é constatado, que a falta de diálogo entre as partes é o fator culminante do não reconhecimento da relação que ali está. O objetivo da cura ultrapassa a “barreira” do sofrimento do usuário e o naturaliza para esta ação (normatização do atendimento).

Dentre todas as crises que ocorrem no sistema (SUS), de modo geral, os atores confirmam sua impotência para com os problemas, mas não se deve isentá-los da responsabilidade para com o serviço. A partir daí é que a consciência de uma Política de Humanização vai se estabelecer. Para nortearmos este processo, devemos valorizar a qualidade do atendimento técnico aliado à experiência de vida que o usuário possui. Em outras palavras, devemos valorizar o diálogo como mecanismo de intervenção nestes saberes, através da linguagem compartilhada, onde ambos os atores se reconhecem como “construtores” dos novos rumos da Saúde Pública.

## **A MUDANÇA**

A mudança da cultura de humanização leva tempo para ser construída, envolve a participação de todos os atores do sistema e não é fácil de ser mensurada. Este é um processo gradativo que implica a postura do profissional diante do trabalho de grupo e da vida, a transformação do paciente em usuário-cidadão, quando seus direitos pautarão as mudanças necessárias para uma cultura mais humanizada. O respeito deve pautar as atitudes e a comunicação, e ambos assumem papel condutor para viabilizar essa relação de troca.



O processo de humanização dos serviços de saúde nos coloca frente a uma dupla tarefa: refletir sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição/situação, e criar soluções para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades. (BRASIL, 2002).

Gestores e equipes de profissionais deparam-se, dia a dia, com uma enormidade de tarefas, responsabilidades e compromissos. Mais do que isso, têm de atender às necessidades das pessoas que se encontram em situação de fragilidade, dependência, dor e sofrimento, muitas vezes em situações difíceis de trabalho. É justamente a realização dessas duas tarefas – a construção de um espaço coletivo para reflexão sobre a realidade institucional e profissional e a busca de saídas criativas para os desafios encontrados – que poderá facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade do atendimento aos usuários. (BRASIL, 2002).

Deve-se propiciar um espaço para aproximar as pessoas, para compartilhar as tensões sofridas no cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as diferenças, os sonhos de mudança, e buscar, através da análise e da negociação, propostas que permitam de fato que as melhorias desejadas aconteçam.

O primeiro passo é a sensibilização dos gestores do SUS para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão voltado para a construção de uma nova cultura organizacional, cultura essa que deve ser pautada pelo respeito e pela cidadania nos agentes envolvidos e nos usuários. (BRASIL, 2002).

É necessária uma gestão da saúde voltada para uma nova fase da reforma sanitária, com uma política de inclusão e gestão participativa, como descrito nas diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e atenção à saúde.

A construção dessa nova cultura envolve a participação de todos os atores do sistema de saúde e se dá aos poucos, durante o processo de discussão, elaboração, implementação e análise das ações, campanhas e programas. O objetivo aqui é possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar do SUS.



É reconhecer a necessidade de se construir relações entre os sujeitos, o profissional e o usuário, portadores de conhecimentos e experiências diferentes, onde possa reconhecer no outro a capacidade de expressar, compreender, tomar decisões e agir sobre problemas de saúde. Consolidar esses sujeitos ativos, no sentido de pensarem juntos um sistema de saúde resolutivo e mais humanizado.

Esse reconhecimento individual do ser humano como agente da mudança implica o fato de que a linguagem compartilhada é instrumento de comunicação que leva à promoção e produção da saúde, minimizando os problemas enfrentados, filas e relações conflituosas.

A partir da análise da real relação entre usuários e os profissionais da área da saúde, podemos apontar a possibilidade de mudança na produção da subjetividade de ambos, objetivando a prestação de serviços com qualidade, e também mapear as necessidades e buscar formas de solução para integração entre as unidades de saúde local, para melhorar a oferta, reorganizando a demanda e oferecendo um atendimento universal com qualidade.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa de campo foi realizada por amostragem de conveniência, tendo como objetivo levantar o grau de satisfação do usuário em relação ao acolhimento; tempo de espera; condições de trabalho etc.

O trabalho utilizou como campo dois hospitais da rede pública na cidade do Rio de Janeiro, um da esfera federal e o outro municipal. O primeiro, categorizado como hospital geral, com emergência, e reconhecido como Centro Regional Terciário; e o segundo também como emergência, em regime de 24 horas, capacitado para absorver urgências clínicas e cirúrgicas de até médio porte, com serviços de radiologia e laboratório.



Optou-se por essas unidades por pertencerem à mesma área programática (AP3. 1)<sup>4</sup>, ambos com atendimento de emergência, porém de esferas diferentes, o que talvez nos levasse a perceber diferenças de opiniões dos entrevistados em relação a alguns aspectos. Deduziu-se no momento da escolha que a demanda e o perfil de usuário fosse o mesmo, por estarem dentro da mesma área programática.

Em média, 40 (quarenta) usuários foram convidados a participar da pesquisa, escolhidos aleatoriamente. Durante a abordagem era explicado, em linhas gerais, o objetivo do trabalho e que tipo de pergunta seria feita. Muitos não aceitaram participar por receio de que suas indagações pudessem influenciar e até mesmo “atrapalhar” o atendimento do mesmo. Foram entrevistados 26 (vinte e seis) usuários, sendo 13 (treze) da Unidade Federal e 13 (treze) da Unidade Municipal, todos com mais de 20 (vinte) anos de idade.

A abordagem se deu sempre no momento da saída do usuário da unidade. As entrevistas foram realizadas em quatro dias da semana, sendo dois dias no período da manhã e dois dias no período da tarde, nos meses de novembro e dezembro de 2006, para ambas as unidades. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, com questões fechadas e abertas, que buscavam levantar o perfil dos usuários e questões sobre a temática da pesquisa, agrupadas por categorias, a fim de se obter o grau de envolvimento dos usuários com o sistema atual de saúde, opiniões e o grau de satisfação em relação aos serviços recebidos.

A seguir, encontram-se os resultados obtidos com a pesquisa.

---

<sup>4</sup> Hospital Geral de Bonsucesso e Hospital Municipal Paulino Werneck.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### PERFIL DO USUÁRIO

Tabela 1: Idade dos entrevistados

FAIXA ETÁRIA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
20 – 29	-	-	-	-	0
30 – 39	1	4	2	2	9
40 – 49	1	3	1	2	7
50 – 59	-	2	1	3	6
60 +	-	2	1	1	4
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Embora tivesse sido determinado que a idade mínima para a entrevista fosse de 20 anos, a idade dos usuários entrevistados variou de 30 (trinta) a mais de 60 (sessenta) anos, sendo a maioria entre 30 (trinta) e 39 (trinta e nove) anos, predominando o sexo feminino nas duas unidades.

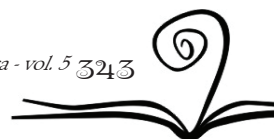


Tabela 2: Escolaridade dos entrevistados

ANOS DE ESTUDO	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Nenhum	-	-	1	-	1
1 a 3 anos	-	-	-	-	-
4 a 7 anos	-	3	-	2	5
8 a 11 anos	2	4	2	1	9
12 e mais	-	4	-	-	4
Ignorado	-	-	2	5	7
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

A Tabela 2 mostra que o nível de escolaridade dos entrevistados é diversificado, porém a maioria tem de 8 a 11 anos de estudo, sendo que 7 usuários, todos da unidade municipal, não quiseram responder a esta questão.

Tabela 3: Motivo da procura

MOTIVO DA PROCURA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Prevenção de Doença	-	3	2	1	6
Tratamento de Doenças	-	4	2	4	10
Marcação de Consulta	1	4	1	2	8
Problema de emergência	1	-	-	1	2
Outros	-	-	-	-	-
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Apesar de as unidades terem o perfil de atendimento de emergência, a procura maior foi por tratamento de doenças. Apareceram queixas em relação ao atendimento, que serão comentadas mais adiante, que não estavam relacionadas com um atendimento de emergência. Alguns mencionavam que vinham de regiões distantes, especialmente os da unidade federal, porém não foi possível levantar se existe procedência maior de alguma região específica, posto que não houve esse tipo de preocupação no ato da entrevista.

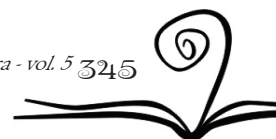


Tabela 4: Acolhimento

CONSEGUIU ATENDIMENTO	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
SIM	-	9	4	8	21
NÃO	2	2	1	-	5
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

As Tabelas 4 e 5 têm como objetivo levantar e analisar o acolhimento e a resolutividade da assistência nas unidades pesquisadas, entendendo e corroborando com o MS que o acolhimento é uma das diretrizes que contribui para alterar as grandes lacunas que ainda existem no modelo de atenção e gestão dos serviços, no que se refere ao acesso e ao modo com que o usuário é acolhido no Sistema de Saúde. Dos 26 entrevistados, 5 não conseguiram atendimento.

Tabela 5: Resolutividade para os que não conseguiram atendimento

SOLUÇÃO	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Marcou para outro dia	-	-	-	-	-
Encaminhou para outra unidade	2	2	1	-	5
Retornar outro dia/sem solução	-	-	-	-	-
Usuário desistiu devido à demora do atendimento	-	-	-	-	-
Não respondeu	-	-	-	-	-
Outros	-	-	-	-	-
TOTAL	2	2	1	-	5

Fonte: Entrevistas com usuários.

Os cinco usuários que não conseguiram atendimento foram encaminhados a outra unidade. Esse dado, isoladamente, indica que o sistema de referência e o acolhimento como instrumento que modifique o trabalho em saúde, como prevê a Política de Humanização, estão funcionando nas duas unidades. Entretanto, associada a esta opção, era questionado se esse encaminhamento tinha sido feito por escrito (Guia de encaminhamento) e todas as respostas foram negativas. Todos se sentiam “perdidos” e a única orientação que tinham por parte de quem os atendeu era que procurassem a unidade X ou Y, e que o tipo de atendimento procurado não era realizado ali. O entrevistado da unidade municipal já tinha sido atendido nesta unidade em outra ocasião, assim como dois dos quatro não atendidos na unidade federal.

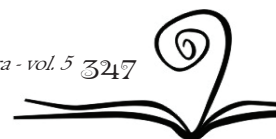


Tabela 6: Tempo de espera

TEMPO DE ESPERA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Atendido Imediatamente	-	-	-	-	-
Menos de 10 min	-		-	-	5
De 10 min a 14 min	-	-	-	-	-
De 15 min a 29 min	-	-	1	1	2
De 30 min a 1 hora	-	3	1	4	8
Mais de 1 hora	2	8	3	3	16
Desistiu	-	-	-	-	-
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Todos os entrevistados reclamaram do tempo de espera e, como mostra a Tabela 6, a maioria esperou mais de 1 hora para ser atendida por algum funcionário. Até aqueles que não conseguiram o atendimento que procuravam tiveram que esperar para, depois, serem informados de que a unidade não os atenderia. Um chegou a comentar: “Tanto tempo pra nada”.



Tabela 7: Horário de chegada na unidade

HORÁRIO DE CHEGADA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
De Véspera	-	-	-	-	-
Menos de 4h da manhã	-	-	-	-	-
De 4h às 6h	-	3	3	1	7
De 6h às 7h59	2	4	-	3	9
Depois de 8h	-	-	2	2	4
Outros	-	3	-	2	5
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Percebe-se que ainda existe uma cultura da necessidade de chegar muito cedo para conseguir atendimento, talvez por isso a maior queixa dos usuários tenha sido em relação à espera.

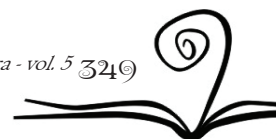


Tabela 8: Tempo que utiliza a unidade

TEMPO QUE UTILIZA A UNIDADE	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Primeira vez	1	1	-	3	5
Menos de 1 ano	-	-	-	-	-
De 1 a 4 anos e 11 meses	-	-	-	-	-
De 5 a 9 anos e 11 meses	1	10	2	5	18
Mais de 10 anos	-	-	3	-	3
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

As Tabelas 8 e 9 têm como objetivo perceber a frequência com que os pacientes utilizam a unidade, assim como a utilização das mesmas para o serviço de emergência. Entretanto, percebe-se que ambas as unidades são utilizadas mais para tratamento de doenças.



Tabela 9: Frequência com que utiliza a unidade

FREQUENCIA DE UTILIZAÇÃO	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Primeira vez	1	1	-	3	5
1 vez por semana	-	-	-	-	-
1 vez por mês	-	2	-	2	4
De três em três meses	-	5	3	3	11
De seis em seis meses	-	2	-	-	2
1 vez por ano	-	1	1	1	3
Outras	1	-	-	-	1-
TOTAL	2	11	5	8	26

A maioria dos entrevistados utiliza as unidades há mais de cinco anos e cinco usuários estavam procurando as unidades pela primeira vez, porém os dois da unidade federal não conseguiram atendimento.

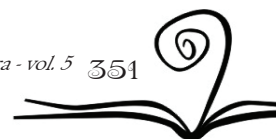


Tabela 10: Opinião sobre o atendimento na recepção (profissionais administrativos)

ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Ótimo/Excelente	-	-	1	-	1
Bom	-	2	1	1	4
Regular	1	5	-	-	6
Ruim	1	4	1	5	11
Péssimo	-	-	2	2	4
Não respondeu	-	-	-	-	-
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Muitas vezes, a qualidade do atendimento em uma unidade é associada somente ao tipo de atendimento que se recebe na recepção, embora saibamos que a qualidade do atendimento está relacionada com uma gestão harmoniosa em que todos os atores participem, havendo um compromisso coletivo. A PNH prevê um acolhimento humanizado e, portanto, foi questionada a opinião dos usuários sobre o atendimento na recepção. Percebe-se na Tabela 10 que a unidade federal foi avaliada como regular por um número maior de pessoas e a unidade municipal, como ruim. Um dos usuários da unidade municipal criticou que algumas informações foram obtidas com o vigilante da unidade, sendo de seu conhecimento que não cabe ao vigilante prestar tais informações.

Tabela 11: Opinião sobre o atendimento na recepção

ATENDIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Ótimo/Excelente	-	1	-	1	2
Bom	-	-	1	2	3
Regular	-	7	2	4	13
Ruim	-	-	1	-	1
Péssimo	-	1	-	1	2
Não respondeu	2	2	1	-	5
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Segundo o Ministério da Saúde, várias pesquisas apontam reclamações dos pacientes em relação ao atendimento dos profissionais de saúde. Essas mesmas pesquisas, inclusive, muito contribuíram para a implantação da PNH.

Com relação à questão sobre a opinião a respeito da qualidade de atendimento dos profissionais nas unidades pesquisadas, houve certo constrangimento dos usuários no momento de suas respostas. Uns “pensavam” primeiro, confirmavam se os seus nomes não seriam mencionados, para depois manifestarem suas opiniões. A maioria classificou como regular o atendimento “médico”, pois tiveram dificuldade em distinguir os diferentes profissionais da saúde. Os dois que elogiaram o atendimento fizeram questão de dar o crédito ao “seu médico”, dizendo “o atendimento do Dr. Fulano é ótimo”.



Tabela 12: Opinião sobre a ambiência da unidade para o usuário (iluminação, ventilação, limpeza, sanitários, salas de espera etc.)

CONDIÇÕES DE AMBIÊNCIA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Ótimo/Excelente	-	2	-	-	2
Bom	-	-	-	2	2
Regular	1	7	4	4	16
Ruim	1	-	-	-	1
Péssimo	-	2	1	2	5
Não respondeu	-	-	-	-	-
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

Tabela 13: Opinião sobre as condições de trabalho para os profissionais (iluminação, ventilação, limpeza, sanitários, salas de espera etc.)

CONDIÇÕES DE AMBIÊNCIA	Unidade Federal		Unidade Municipal		TOTAL
	M	F	M	F	
Ótimo/Excelente	-	2	-	2	4
Bom	-	-	1	1	2
Regular	-	-	-	-	-
Ruim	1	5	4	2	12
Péssimo	1	4	-	3	8
Não respondeu	-	-	-	-	-
TOTAL	2	11	5	8	26

Fonte: Entrevistas com usuários.

## QUESTÕES ABERTAS DA ENTREVISTA

As questões abertas tinham a finalidade de facilitar uma análise geral sobre as ideias, os valores e a consciência que os usuários têm sobre seus direitos, assim como detectar incoerências nas respostas fechadas. Primeiramente, perguntou-se o que eles entendiam sobre “humanização do atendimento” e se o atendimento recebido tinha sido humanizado. Em seguida, as questões giravam em torno das maiores dificuldades em relação à unidade. Caso o usuário pedisse maiores orientações, era sugerido que respondesse a respeito do que mais lhe causava angústia; por último, as questões tratavam dos pontos positivos que o levavam a utilizar aquela unidade.



Em relação ao que o usuário entende por humanização, descrevemos aqui as respostas que mais apareceram: “tratamento digno com respeito e qualidade”; “ter um atendimento digno e atencioso”; “ser bem atendido pelos médicos”; “ser bem acolhido”; “receber uma atenção especial por todos os profissionais, desde a recepção até o atendimento final”. Na questão sobre as maiores dificuldades dos entrevistados, obtivemos respostas bem variadas: alguns reclamaram da distância de suas residências e da falta de dinheiro para o pagamento de passagens. As queixas comuns às duas unidades foram as relacionadas com a marcação de consultas e a demora no atendimento. Alguns esperaram vários meses para conseguir aquela consulta da qual acabavam de sair; outros tinham conseguido marcar consulta no dia da entrevista, mas para muito tempo depois, o que os deixava inseguros quanto à sua recuperação.

Todos se queixaram da demora no atendimento, porém alguns disseram estar satisfeitos em relação à resolutividade do tratamento, tanto na unidade federal quanto na municipal. Outros, apesar de não satisfeitos com o tratamento recebido, mostraram-se resignados, declarando que não tinham outra opção, com os seguintes depoimentos: “Fazer o quê? Eu não tenho dinheiro para pagar um plano de saúde”; “Aqui a gente não paga, por isso é assim”; “Aqui pelo menos é pertinho de casa”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Consideramos que humanizar a assistência significa agregar à eficiência técnica e científica valores éticos, além do respeito e solidariedade ao ser humano. O planejamento da assistência deve sempre valorizar a vida humana e a cidadania, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo.

Descobrir como as relações profissionais-usuários se estabelecem no interior da unidade de saúde, como são mantidas e reconhecidas, é





de suma importância para que se possa atuar de forma eficaz na troca de saberes, visto que tais encontros são existenciais e, apesar disso, não reconhecidos por ambos os atores.

Durante o trabalho de campo, foi possível observar diferentes questões não previstas anteriormente, como a situação de extrema carência dessas pessoas e a falta de atuação do Poder Público mediante a necessidade da população. Por outro lado, também, as dificuldades desses hospitais em atender a uma demanda acima do previsto em seus planejamentos e as dificuldades enfrentadas no dia a dia pelos profissionais que trabalham sem as condições mínimas de ambiência, preconizadas pela PNH, acarretam consequências na qualidade e na produtividade dos funcionários, muitas vezes influenciando até a autoestima ou a saúde do trabalhador. A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, a humanização das relações no trabalho – em suma, ações que sejam voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam direitos sociais.

Um hospital pode ter todos os instrumentos tecnológicos e mesmo assim ser “desumano” em seu atendimento, por tratar as pessoas como objetos de intervenções técnicas, sem serem ouvidas suas angústias. Para tal mudança, é necessário sensibilizar os gestores do SUS para a questão da Humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão que reflita o ideário da PNH.

Alguns critérios são imprescindíveis para o sucesso da Humanização do atendimento, tais como: condições de acesso, qualidade das instalações e dos equipamentos, clareza nas informações oferecidas aos usuários, gestão participativa, condições de trabalho e apoio na instituição, e sempre valorizando o trabalho desses profissionais para que eles sempre estejam motivados a “dar” o melhor de si, para salvar vidas.

A PNH HumanizaSUS vem fortalecer os princípios do SUS e “convocar” toda a sociedade a participar das decisões que interferem diretamente em suas vidas. Responsabilização coletiva é a maneira através



da qual todos – usuários, profissionais, trabalhadores e gestores – podem estar comprometidos com o “resgate” da saúde como “bem” público e social, devendo assim permanecer sob a guarda de todos.

Produzir vida e saúde, em meio à doença, é possível! Dar dignidade ao ser humano em um hospital, respeitando as diferenças entre um e outro, também.

Tematizar a humanização da assistência abre, portanto, questões fundamentais que podem orientar a construção de políticas de 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.

Muitos são os desafios que atravessam os nossos desejos de construir uma saúde digna e humanizada para todos os cidadãos, mas compreendemos que é somente pela participação das pessoas que se constrói um SUS humanizado é efetivo.

O trabalho procurou refletir e mostrar a urgência de se promover mudanças no atual sistema. Esperamos ter contribuído positivamente para a elaboração de novas metas e perspectivas para o serviço, de maneira que os usuários sejam escutados e acolhidos nessas unidades, com respeito mútuo e atendimento digno, condizente com suas realidades de vida.

## REFERÊNCIAS

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface: comunicação, saúde, educação*. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

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



BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde. Com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 355-365, abr.-jun. 1998.

BRASIL. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp. 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: *O Brasil falando como quer ser tratado*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. (Série Histórica do Conselho Nacional de Saúde n. 2, Série D. Reuniões e Conferências).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. PNHAH/MS. 2. ed. rev., Brasília: MS, 2002.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida. *Interface: comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 398-403, 2005.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*, São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico para uma humanização da prática médica. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul.-set. 1999.

CHIZZOTTI, A. *A pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

\_\_\_\_\_. O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade. *Interface: comunicação, saúde, educação*. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 401-103, 2005.

GAUDERER, E. C. *Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência*. Rio de Janeiro: Record, 1991.



GUATARRI, F. Transversalidade. In: *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981. p. 88-105.

LOURAU, R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*, Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.

MINAYO, M. C. de S. ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (Orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

OSHIRO, J. H. *Educação para a saúde nas instituições de saúde pública*. Dissertação (Mestrado), PUC, São Paulo, 1998.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs.). *Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PUCCINI, P. de T.; CECILIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

REVISTA DA REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS - RET-SUS, ano I, n. 6, março 2005.

SILVA, C. O. da. *Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde*. 2002. 128 p. Tese (Doutorado), Fiocruz/Ensp, Rio de Janeiro.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

SIMPÓSIO HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO À SAÚDE. Disponível em: [www.portalmedico.org.br/revista/bio10v2.htm](http://www.portalmedico.org.br/revista/bio10v2.htm). Acesso em: 26 jun. 2006.

TRAVERSO-YEPES, M.; MORAIS, N. A. de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan./fev. 2004.

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*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VIANA, R. V. *A humanização no atendimento à saúde: construindo uma nova cultura*. 2004. 122 p. Dissertação (Mestrado), Fiocruz/Ensp, Rio de Janeiro.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002.

WILKEN, P. R. C. *Política de saúde no Brasil – O Sistema Único de Saúde (SUS): uma realidade em construção*. 1. ed., Rio de Janeiro: H.P. Comunicação Associados, maio de 2005. 208 p.

Sites consultados

BRASIL. HUMANIZA SUS. Disponível em

<[www.saude.gov.br/humanizasus](http://www.saude.gov.br/humanizasus)>. Acesso em: 9 dez. 2006.

PORTAL HUMANIZA. Disponível em:

<[www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=87](http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=87)>. Acesso em: 31 out. 2006.

PORTAL HUMANIZA. Disponível em:

<[www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=119](http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=119)>. Acesso em: 21 out. 2006.

