

OMNIA

SAÚDE

TORCATO, Cristina Morales; NOVAES, Juliana Barbosa; VERONEZ, Fúlvia de Souza. Estudo da viabilidade de implantação de Política Nacional de Humanização – PNH. Omnia Saúde, v.6, supl., p.13-42, 2009.

ESTUDO DE VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH

VIABILITY STUDY OF NATIONAL POLITICS OF HUMANIZATION – PNH INSTALLATION

Cristina Morales Torcato

Especialista em Psicologia da Saúde (FAI)

Juliana Barbosa Novaes

Especialista em Psicologia da Saúde (FAI)

Dra. Fulvia de Souza Veronez

Doutora em Ciências da Reabilitação (USP)

RESUMO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) garantida pela Constituição Federal em 1988, houve um marco nas políticas públicas, no que se refere ao conceito de saúde, já que passa a garantir uma adequada qualidade de vida aos cidadãos. Por meio de um novo conceito de saúde são estabelecidos princípios orientadores de universalidade, equidade, integralidade e participação social. Assim, essas transformações emergiram no SUS e afetaram a Psicologia da Saúde. Abrindo espaço para discutir aspectos em torno da prática psicológica da saúde e, sobretudo abordar o tema da humanização, dando ênfase na importância para a construção de uma Política Nacional de Humanização evidente nos centros de saúde.

Palavras-Chave: Humanização; Psicologia da Saúde; SUS; Saúde.

ABSTRACT

With the creation of the Unified Health System (SUS) is guaranteed by the Constitution in 1988 was a milestone in public policy, as regards the concept of health as it is to ensure an adequate quality of life for citizens. Through a new concept of health is established guiding principles of universality, equity, integration and social participation. Thus, these changes emerged and affected the SUS Health Psychology Making room to discuss issues around the practical and psychological health, particularly addressing the issue of humanization, emphasizing the importance for the construction of a National Policy of Humanization.

Key Words: Humanization; Health Psychology; SUS; Health.

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde e Higiene Pública foram criadas em 1988 no município e atende a comunidade geral, aproximadamente 12 mil pessoas. Possui 350

servidores entre médicos clínicos geral, pediatras, fonoaudiólogos, dentistas, ginecologistas, enfermeiros, e pessoal do apoio administrativo e auxiliar.

O atendimento oferecido é de atenção primária de saúde aos indivíduos e familiares, onde não se limita apenas ao Pronto Atendimento e também pelas seguintes ações de caráter preventivo e curativo através do diagnóstico e tratamento, cuidados de reabilitação e medidas de promoção da saúde.

A instituição se organiza e se divide nas especialidades médicas, Pré Natal, vacinação, agendamento e informações, farmácia e medicamentos de auto custo, exames laboratoriais, enfermagem e acompanhamento de hipertensos e diabéticos dentre estes são planejadas e desenvolvidas as atividades no próprio local e os demais serviços que não se encontram disponíveis são encaminhados para o AME – Ambulatório Médico de Especialidade. Considerando todas as atividades desenvolvidas a média de atendimento é de aproximadamente 1000 pessoas por mês.

Diante as desigualdades socioeconômicas do nosso país, as grandes demandas pelos serviços de saúde, a precariedade das condições de trabalho e as vicissitudes da vida cotidiana, tornou-se distante, mecânica, não só do ponto de vista do usuário como dos profissionais de saúde. A intensa desvalorização dos trabalhadores de saúde, precarização das relações de trabalho, baixo investimento na saúde, pouca participação e frágil vínculo com os usuários.

A reflexão sobre a realidade da Saúde cada vez mais rotineira, necessitada e empobrecida levou o Congresso Nacional, em 1988, a votar pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando um marco nas políticas públicas, referente ao Conceito de Saúde. “A partir dessas políticas públicas que se pretende uma adequada qualidade de vida dos cidadãos, através da atenção à saúde mental, trabalho, moradia e educação” (Brasil, 2003). Essa nova concepção da saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado preconiza princípios como universalidade (acesso sem preconceito e sem privilégios), integralidade (o tempo todo), equidade (igualdade), incentivar à incorporação de novas tecnologias e ampliação dos saberes de saúde, que hoje não se reduz à ausência de doença, mas uma vida com qualidade e a participação social como democratização para o serviço efetivo do controle social na gestão do sistema. (Brasil, 2000).

Este cenário dificulta o desenvolvimento das ações da saúde, visto que, apesar dos avanços ocorridos, grandes desafios ainda são enfrentados, conforme (Brasil 2004):

- baixos investimentos nos processos de saúde, seja financeiro e ou participativo;
- baixa qualidade de atendimento;
- fragmentação do processo de trabalho;
- precária interação das equipes e despreparo para lidar com a subjetividade do ser humano;
- sistema burocrático;
- baixo investimento na qualificação de profissionais;
- desrespeitos aos direitos dos usuários;

As importantes dimensões para a produção de saúde são: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar e promover.

Por este motivo é importante a humanização da saúde para combater a insensibilidades, o processo de anestesiamento dos profissionais de saúde, onde não pode ser considerado como rotina ver gente sofrer, gemer e morrer.

O trabalhador do Centro de Saúde precisa entender que não lidam com pessoas que estão felizes, e sim, com pessoas que trazem atrás de si uma bagagem de sofrimentos, dor, preocupações, medos que pode ser passageira, mas que no atual momento estão sofrendo.

O profissional de saúde está exposto a um nível maior de estresse, porque presta assistência a vida de um ser humano a seus familiares e também tem que lidar com suas próprias emoções e conflitos. E para este profissional desenvolver um bom trabalho, “se faz necessário ter sua dignidade e condição humana respeitada através de uma remuneração justa e condições adequadas de trabalho e ter seu trabalho reconhecido e valorizado”. (BACKES ET AL, 2006)

De acordo com Pessini (2002), o profissional que lida com o sofrimento humano deve atender à pessoa fragilizada de forma a valorizar sua qualidade de vida, respeitando sua dignidade e seu processo na tomada de decisões.

A população do SUS, geralmente, a grande maioria são pessoas excluídas do sistema, desempregadas, passam necessidades, baixa auto estima, dependentes de álcool / drogas, sem perspectivas, e sem esperanças sobre a qualidade de vida. Chegam aos serviços de saúde e se deparam com pessoal desmotivado, falta de tratamento e de medicamento, ambulâncias e outros. O despreparo dos profissionais e a falta de uma política de humanização fazem com que os servidores tratem os pacientes com descasos, resultando em péssimos tratamentos, demoras e filas enormes.

Para Ferreira (1988, p. 346): humanização é “tornar-se humano, humanizar, adquirir hábitos sociais e civilizar”. Por humanização, entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção, isto é, usuários, trabalhadores e gestores. E para que haja humanização é preciso ver, perceber o outro dentro dos valores que norteiam esta política sendo: a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a coresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão, onde se operacionaliza com a troca e construção de saberes, trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde e o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal).

Humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Então, acolher é encontrar significado para a própria existência, é colorir o cotidiano com a beleza mais singela dos gestos atenciosos para os momentos de maior sofrimento.

A Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) foi desenvolvida no ano de 2003 com o desafio de uma prática de saúde em que o profissional passa a ver a pessoa na sua totalidade e não apenas como um corpo ou uma fragmentação, mas como um indivíduo que possui participação ativa no seu processo de saúde-doença. (Angnes, 2004). Tal política surge na tentativa de integração entre profissionais, usuários e

gestores no SUS, visto que, a saúde é concebida de uma forma ampla, não entendida simplesmente como ausência de doença, mas sim em relação a uma adequada qualidade de vida.

O respeito aos direitos dos pacientes é fundamental, assim como, a construção da assistência humanizada capaz de aprender com a própria experiência e a dos outros, lembrando que ter alteridade é essencial, pois reconhecemos o outro em sua fragilidade, dependência, carência e nos colocamos no lugar do outro.

O atendimento humanizado pressupõe o estreitamento do vínculo entre os usuários e profissionais, por isso, uma Política de Humanização da Saúde fará a diferença nos atendimentos e processos de saúde, pois objetiva-se privilegiar o paciente em seus aspectos biopsicossocial, visando resgatar o respeito à vida humana em dimensões que atingem o social, ética, educação e o psíquico. Já que, tem como objetivo aprimorar as relações entre profissionais, usuários e comunidade, por meio da comunicação e nas relações interpessoais, proporcionando a valorização do ser humano.

Segundo Campos (1997), os trabalhadores de saúde são produtos e produtores do sistema de relações. É essencial e importante a construção de uma política de humanização, pois altera o padrão de atendimento ao usuário, no que diz respeito ao melhor desenvolvimento das ações refletindo uma melhora no contato humano.

Parte integrante do processo de humanização é o profissional da Psicologia. A implementação da psicologia como profissão ocorreu há 45 anos, enquanto a inserção do psicólogo na saúde pública se deu somente 20 anos depois.

Segundo Giola Martins e Rocha Júnior (2001, p. 36), “o trabalho de psicólogos em instituições de saúde remonta ao início do século XX e surgiu com a proposta de integrar a psicologia na educação médica”, cujo objetivo principal era trazer mais humanização aos atendimentos.

A introdução do psicólogo foi baseada na demanda de origem psiquiátrica, com proposta de mudança da cultura de hospitalização do doente psiquiátrico, no final da década de 1970, com a finalidade de construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, com redução de custos e maior eficácia dos atendimentos, por meio da formação de grupos multiprofissionais, conforme atestam. (CARVALHO E YAMAMOTO, 2002).

As transformações que resultaram no SUS afetam de alguma maneira, a Psicologia, em especial o campo da Psicologia da Saúde. (Brasil, 2004). A psicologia da saúde é a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde, segundo Marks, Murray, Evans e Willig (2000).

De acordo com Matarazzo (1984) a psicologia da saúde agrega o conhecimento educacional, científico e profissional da disciplina psicologia para utilizá-lo na promoção e manutenção da saúde. Uma das preocupações dos psicólogos da saúde é compreender a relação entre o comportamento e a saúde e como intervir na interface individual, sistema de saúde e sociedade.

Giola Martins e Rocha Júnior (2001), vêem a psicologia da saúde como um novo campo, porém salientam a necessidade de as práticas, nesse novo contexto, serem acompanhadas por referenciais teóricos que forneçam subsídios básicos para sua sustentação.

O psicólogo, desde a sua formação, não tem sido capacitado de modo sistemático a exercer o papel que lhe é solicitado pelo sistema de saúde, já que na visão da saúde o médico é o dono do saber, o profissional de maior importância, sendo que sem uma equipe de trabalho atuando junto seria impossível exercer seu trabalho.

Spink e Matta (2010) argumentam que a psicologia contribui retomando na saúde, a problemática do sujeito e, contando que as pesquisas e teorizações sejam definidas de forma crítica, contrapondo as tendências universalizantes e biologizantes da saúde pública, enriquece o campo da saúde coletiva.

A formação é o caminho a ser seguido para a transformação, e o desafio é fazer com que as instituições formadoras e de serviço coloquem em prática que está previsto nos parâmetros oficiais. A psicologia da saúde se constitui de uma área delimitada, cujo conceito é plenamente compatível com as propostas de saúde preconizadas pela saúde pública e muito tem a contribuir com as propostas de implantação da Política Nacional de Humanização.

OBJETIVO

Investigar a relevância da implantação da Política de Humanização num Centro de Saúde.

METODOLOGIA

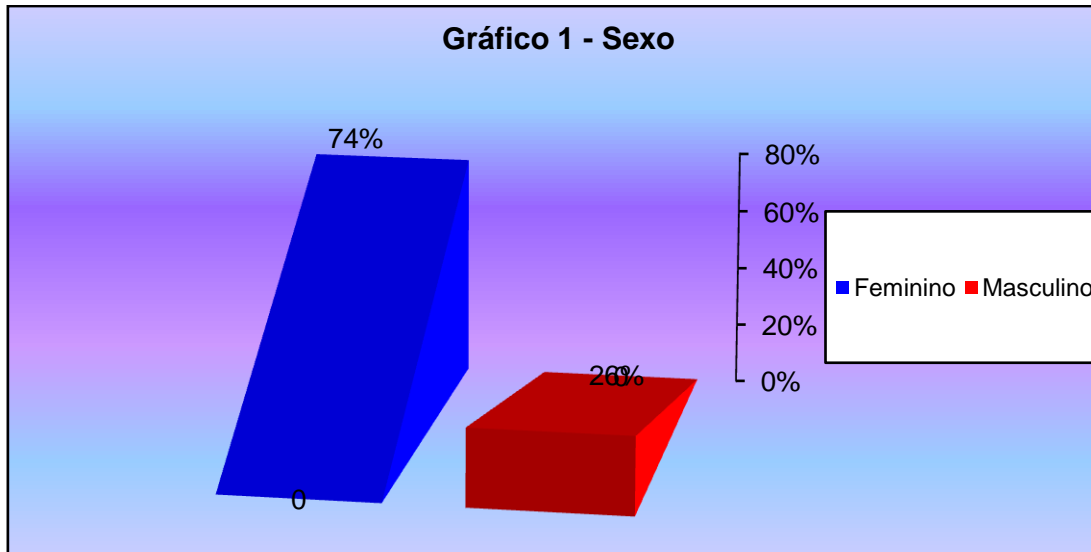
Adotou-se para a coleta e análise dos dados deste estudo pesquisa de campo e análise dos dados na Secretaria Municipal de Saúde e Higiene Pública – de um município do interior de São Paulo, no final do segundo semestre de 2011 até o início do primeiro semestre de 2012. Foi elaborado questionário aplicado para 50 usuários e 20 servidores da saúde, pelas alunas do Curso de Pós Graduação Psicologia da Saúde – FAI.

Os questionários foram aplicados mediante recolhimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em observância aos pressupostos do Código de Ética Profissional do Psicólogo.

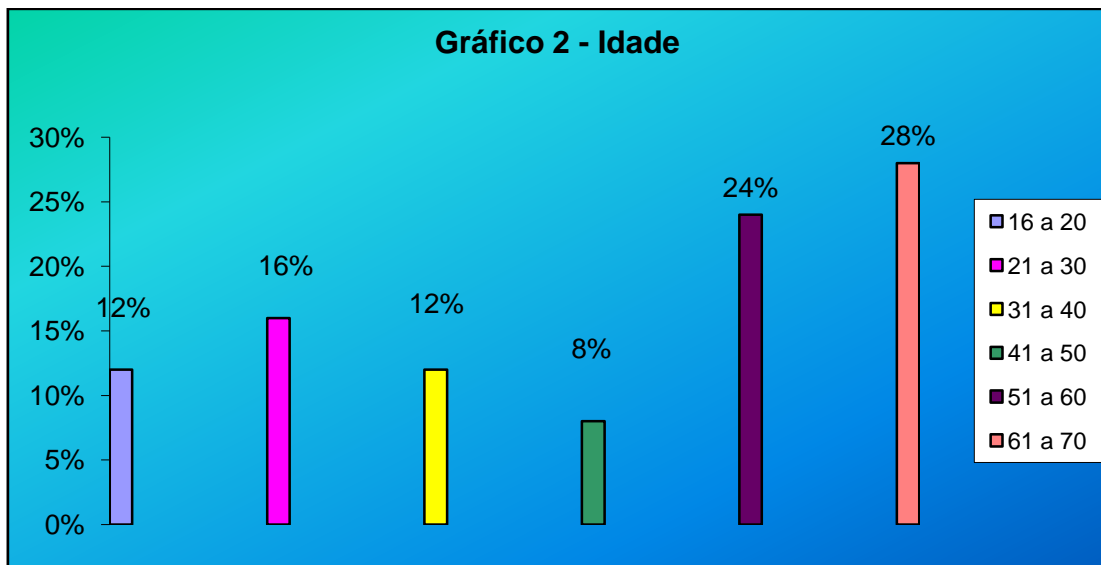
As pesquisadoras também realizaram registros observacionais da situação de funcionamento da unidade, principalmente sobre a relação entre servidores e usuários. Os registros foram sistematizados conforme as orientações de Silves (1991).

RESULTADOS

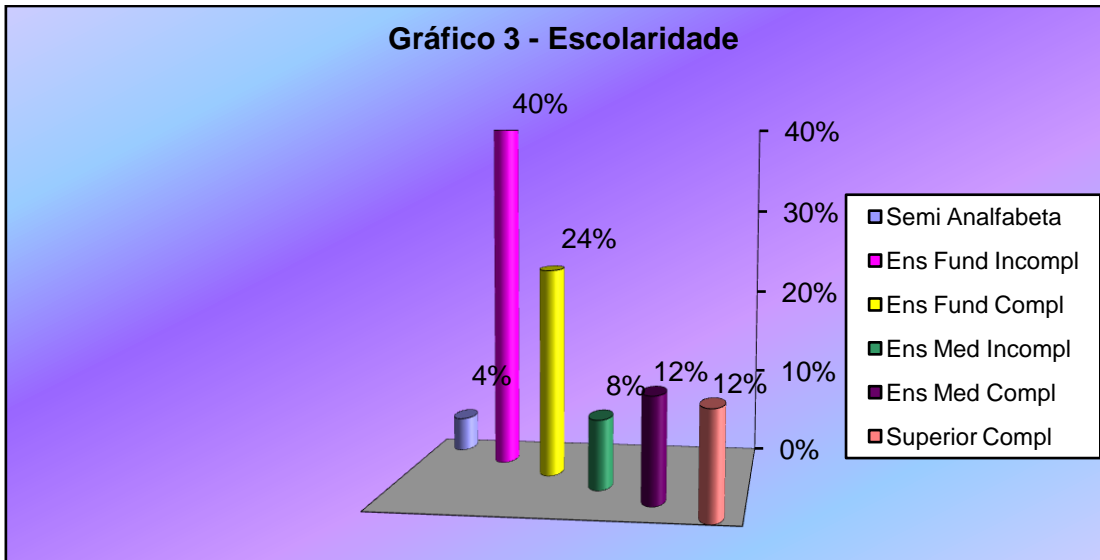
A – Informações dos Usuários



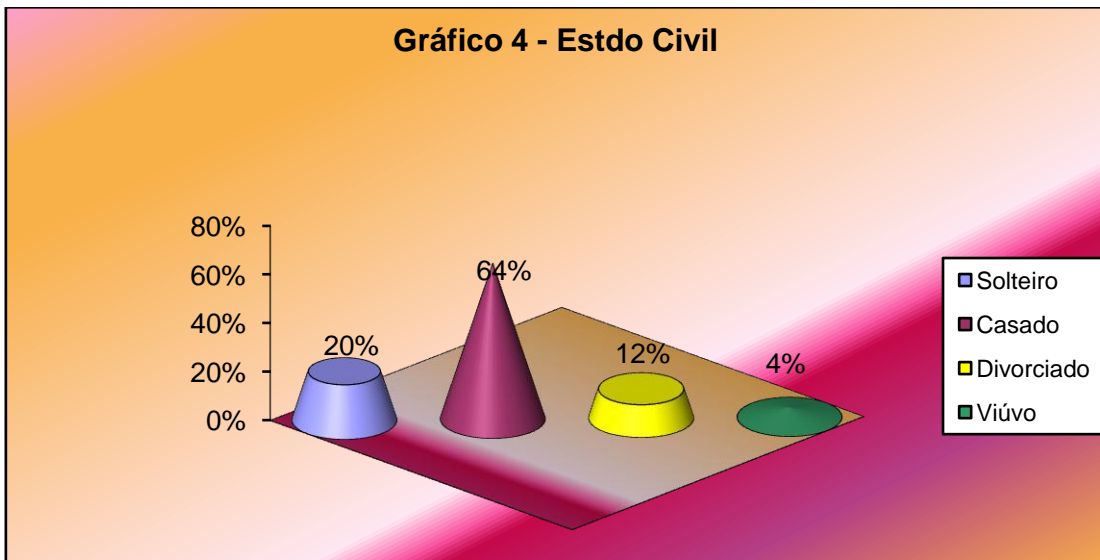
Participaram da pesquisa 50 usuários, sendo 74% representante da população feminina e 26% do gênero masculino.



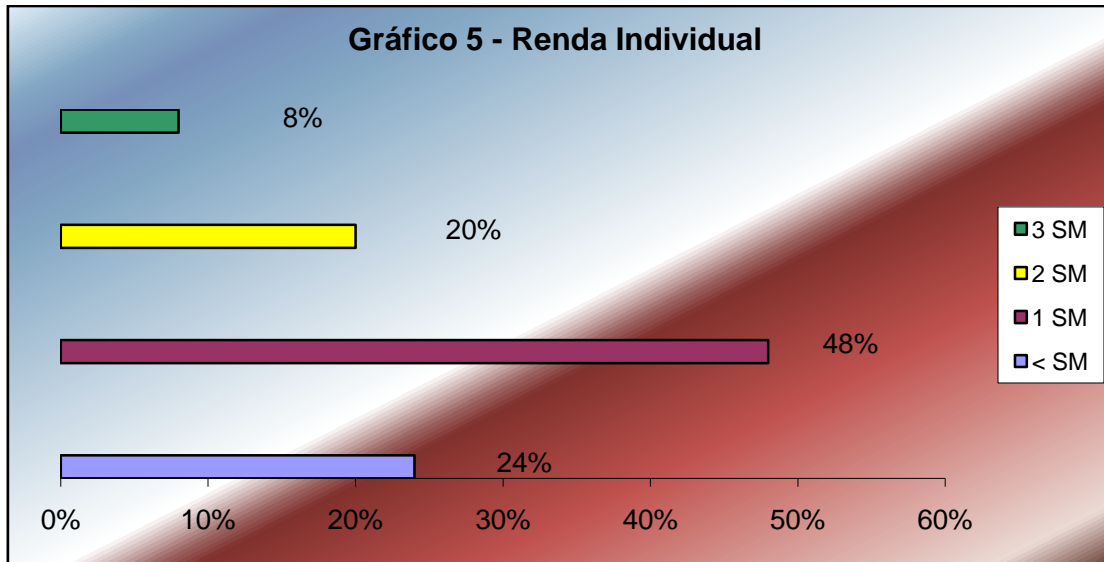
Com relação à faixa etária existe maior concentração nas idades de 61 a 70, correspondendo a 28% e 51 a 60 correspondendo 24%.



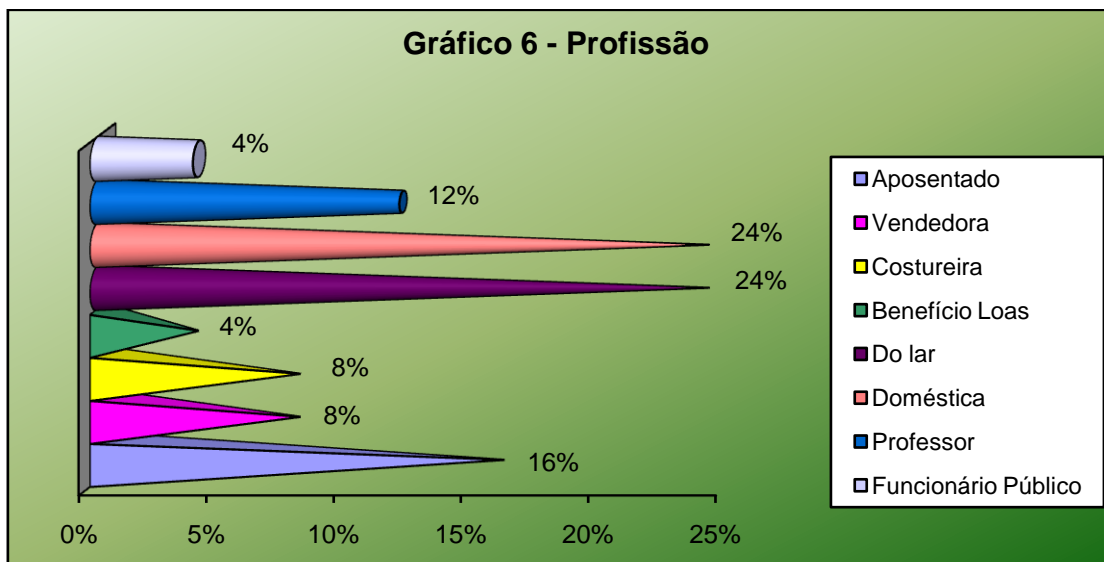
No nível educacional, se destaca 40% dos usuários com ensino fundamental incompleto.



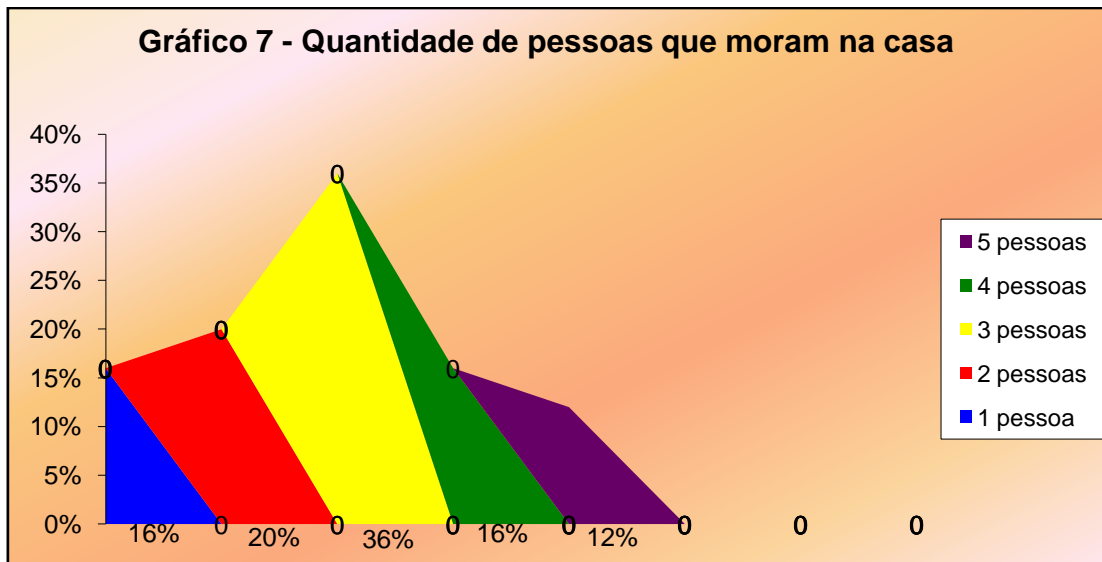
Referente ao estado civil, 64% dos pesquisados são casados, contra 20% solteiros.



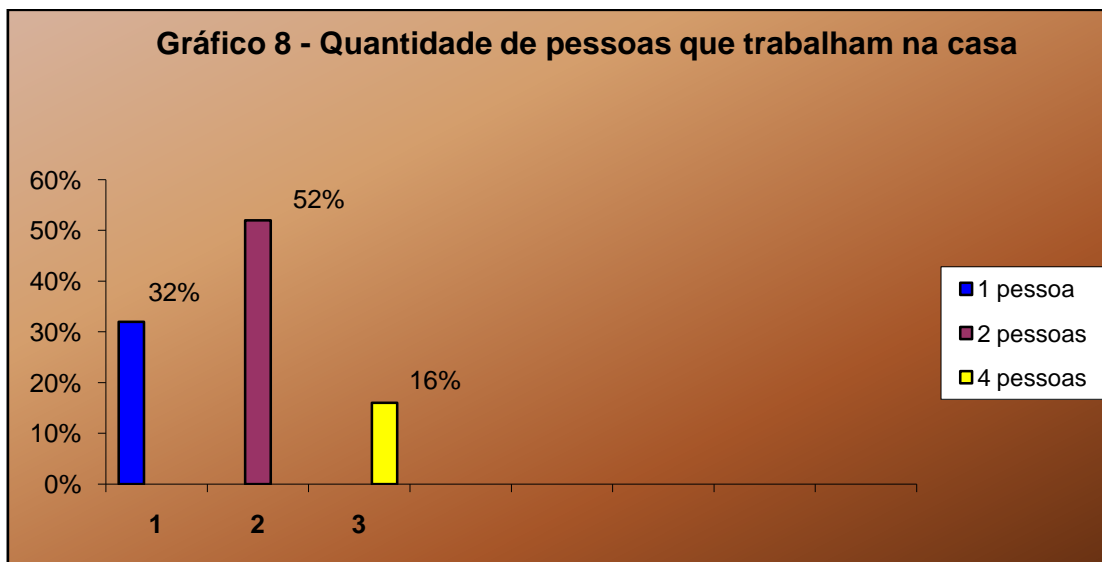
A renda individual desta população se destaca 48% com apenas 1 (um) SM (salário mínimo).



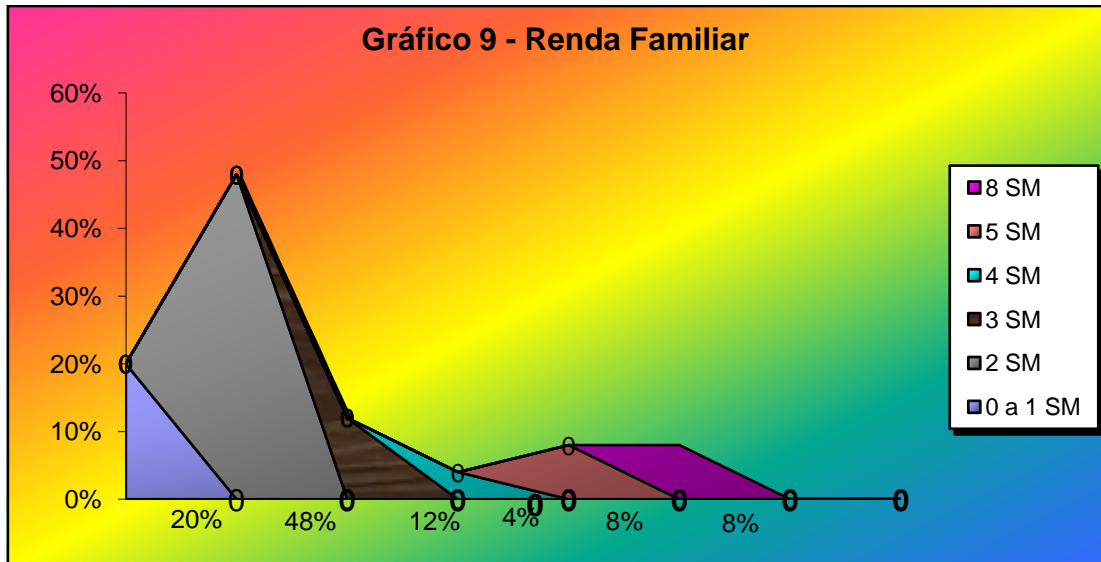
Com relação à profissão dos usuários destacam-se 24% empregadas domésticas, 24% do lar e 16% são aposentados.



Em relação á quantidade de pessoas que moram na casa se destaca 36% correspondendo a 3 pessoas.



Referente à quantidade de pessoas que trabalham na casa 52%, correspondem a 2 pessoas que contribuem com as despesas da casa.



A renda familiar que mais se destaca é de 2 SM, significando 48% dos usuários.

II – Serviços Procurados

Tabela I - Serviços mais procurados na Unidade de Saúde

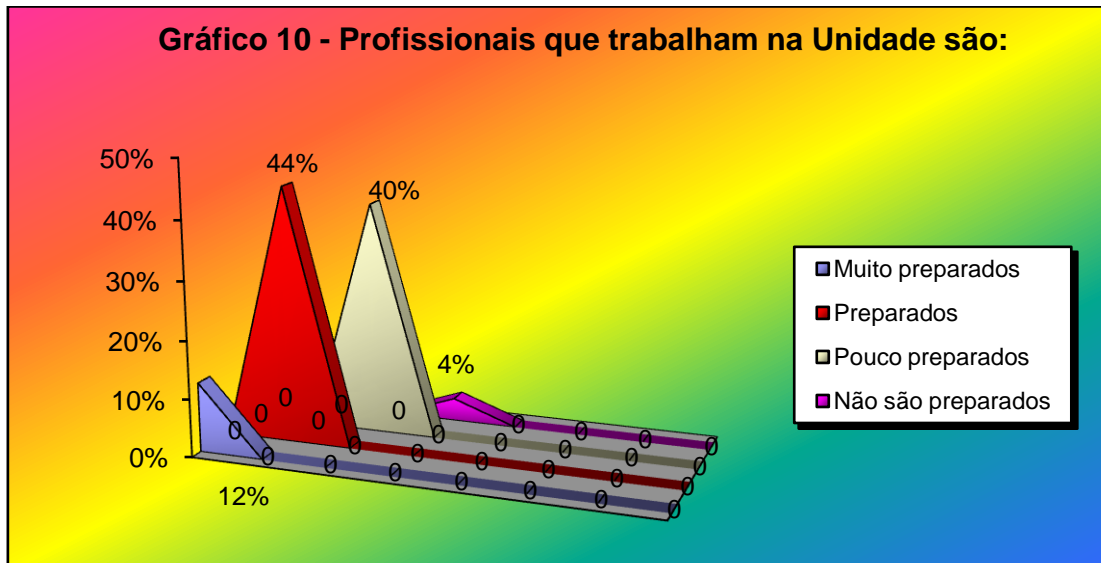
Consulta médica	40%
Controle médico: diabético e hipertensão	16%
Dentista	16%
Encaminhamentos para AME	12%
Exame	14%
Farmácia	24%
Pré Natal	04%
Preventivo	08%
Vacinação	14%

Os três serviços mais procurados pelos usuários são 40% consulta médica, 24% farmácia e 16% controle médico: diabético / hipertensão e dentista.

Tabela II – Tempo que levou para ser atendido neste serviço

Tempo	Usuários
5 min	12%
15 min	12%
20 min	04%
30 min	12%
45 min	04%
01 hora	24%
02 hora	16%
01 semana	04%
01 mês	04%
02 meses	04%

Houve um destaque em 24% de uma hora de espera para ser atendido, seguido de 16% equivalente a duas horas.



Segundo a pesquisa 44% dos profissionais são preparados, 40% pouco preparados, 12% muito preparados e 4% não são preparados.

C – Infra Estrutura da Unidade de Saúde

Tabela III – Infra Estrutura da Unidade de Saúde

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aparência da Unidade						8%	4%	4%	6%	10%	18%
Conforto do Ambiente	4%					4%	2%	2%	18%	10%	10%
Equipamentos em Funcionamento			6%			4%	2%	4%	6%	4%	24%
Espaço para Recreação	22%				4%	10%	2%	2%	6%	4%	
Limpeza dos Espaços									26%	4%	20%
Privacidade do Consultório						4%		4%	6%	6%	30%
Segurança				4%		2%	4%	4%	10%	4%	22%
Silêncio	10%	2%	4%		4%	6%	4%	2%	8%	2%	8%
Sinalização das Salas	2%				2%			4%	4%	8%	30%

Os indicadores de qualidade do serviço são baixos, todos pontuados abaixo de 50%.

D – Gestão da unidade de Saúde**Tabela IV – Ciência do trabalho da Coordenação da Unidade**

Sim	12%	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Não	88%	4%	44%	52%		

Referente ao conhecimento dos usuários sobre os serviços da coordenação 88% desconhecem e os que conhecem sendo 12%, classificaram como regular.

Tabela V – Satisfação com o trabalho desta Equipe de Saúde

Sim	76%	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não	24%					8%	12%		12%	16%	20%	32%

Os usuários dizem estar satisfeitos com os serviços oferecidos, correspondentes a 76% e 24% não estão satisfeitos com os serviços prestados. E sobre as notas atribuídas 32% atribuíram nota 10.

E – Relacionamento e Participação**Tabela V – Ciência do uso do serviço de Ouvidoria**

		Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito	Não Respondeu
Sim	20%	4%	24%	12%	12%	48%
Não	12%					
Não Sei	68%					

A respeito deste serviço 68% dos usuários relataram que não sabem se na unidade existem serviços para reclamação e ou informação, 12% responderam que não existe tal serviço e 20% disseram que existe e se sentem satisfeito com tais serviços.

F – Humanização**Tabela VI – Serviços prestados em relação a Humanização. (1- Muito satisfeito / 2 – Satisfeito / 3 – Pouco Satisfeito / 4 – Insatisfeito)**

	1	2	3	4
Em relação ao respeito e educação por parte dos servidores		38%	10%	2%
Em relação a atenção por parte dos servidores		38%	8%	6%
Em relação a rapidez por parte dos servidores		20%	20%	8%
Em relação ao interesse por parte dos servidores		28%	14%	6%
Em relação ao repasse de informações por parte dos servidores	4%	28%	12%	6%

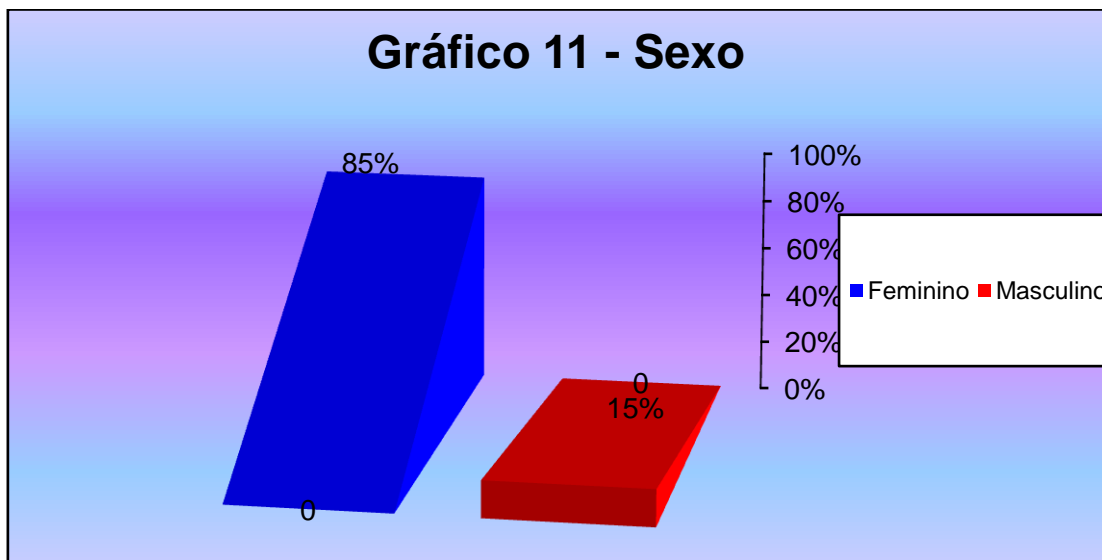
Aos serviços destinados a humanização apenas 4% dos usuários está satisfeitos com o repasse de informação por parte dos servidores.

Tabela VII – No atendimento pelo profissional de Saúde é considerado importante pelos pesquisados.

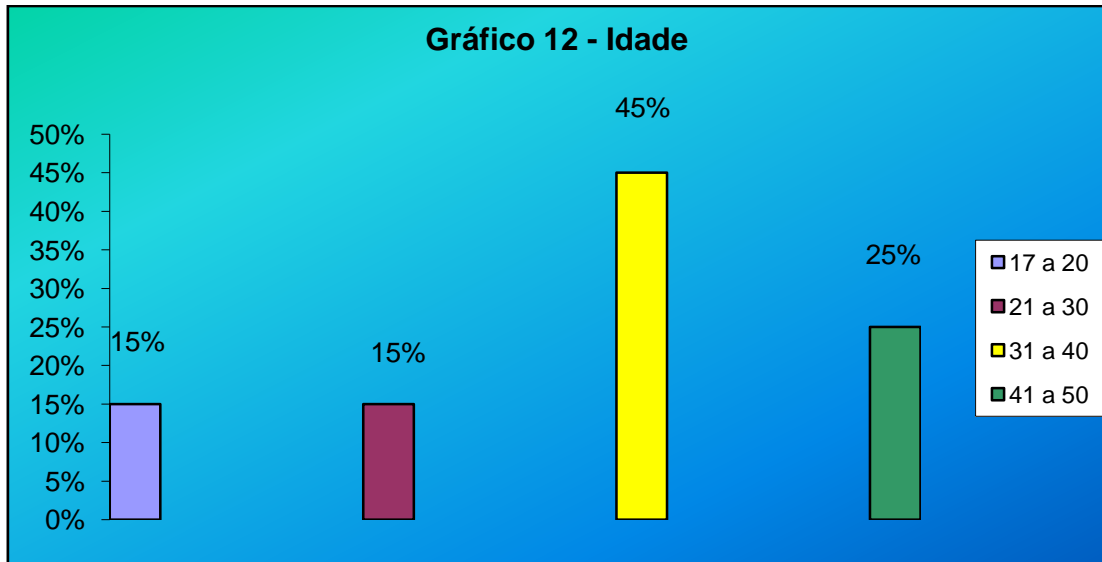
Ser ouvido pelo profissional	28%
Compreender as orientações dadas	36%
Sentir competência por parte do profissional	68%
Sentir-se aceito	36%

Os usuários consideram importantes 68% sentir competência por parte do profissional, seguido por 36% em compreender as orientações dadas e sentir-se aceito.

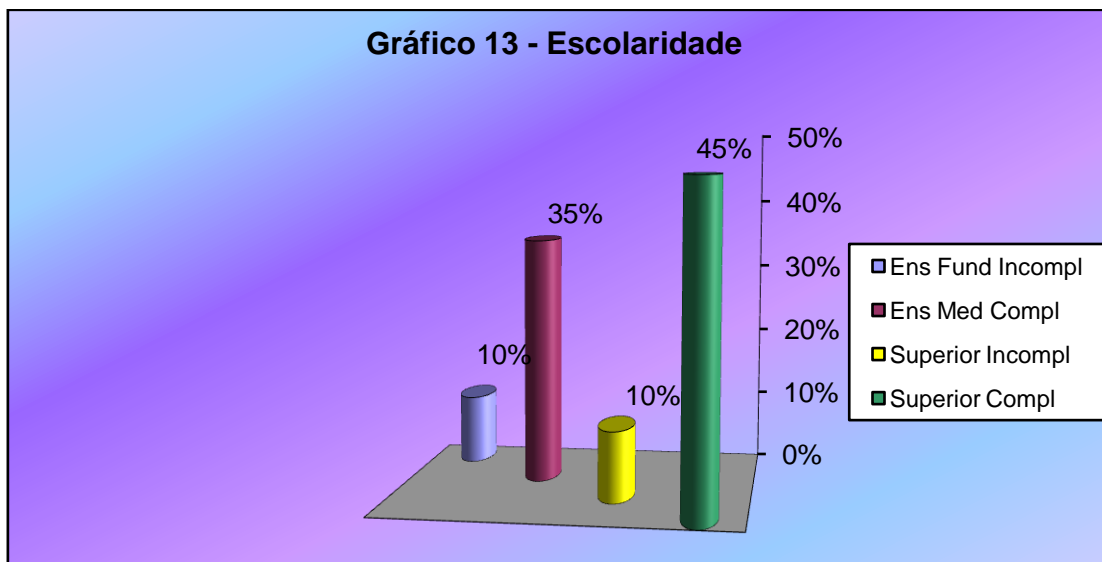
B – Identificação dos Servidores



Participaram da pesquisa 20 servidores, sendo 85% do gênero feminino e 15% do gênero masculino.



Com relação à faixa etária existe maior concentração nas idades de 31 a 40, correspondendo a 45% e 41 a 50 correspondendo 25%.

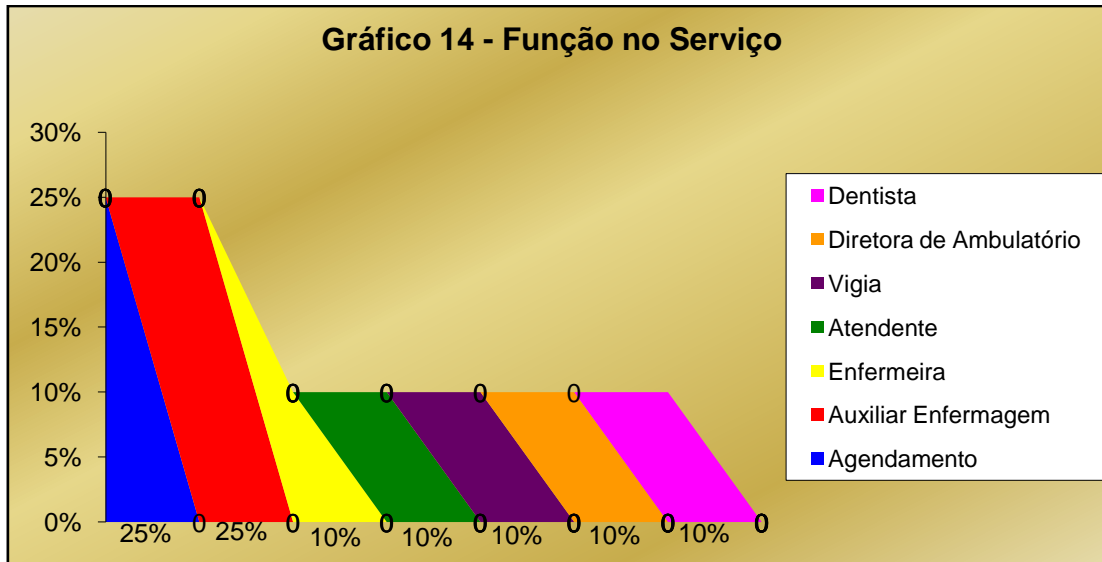


No nível educacional, se destaca 45% dos servidores com ensino superior completo e 35% com ensino médio completo.

Tabela VIII – Profissão X Renda Individual

Auxiliar Enferm.	Cirurgião Dentista	Enfermeiro	Estagiário	Escriturário	Servidores Público	Vigia	< SM	1 SM	2 SM	3 SM
25%	10%	10%	25%	10%	10%	10%	28%	28%	16%	28%

Dos servidores entrevistados 25% são estagiários da unidade, correspondendo 28% < SM, 1 SM e 3 SM.



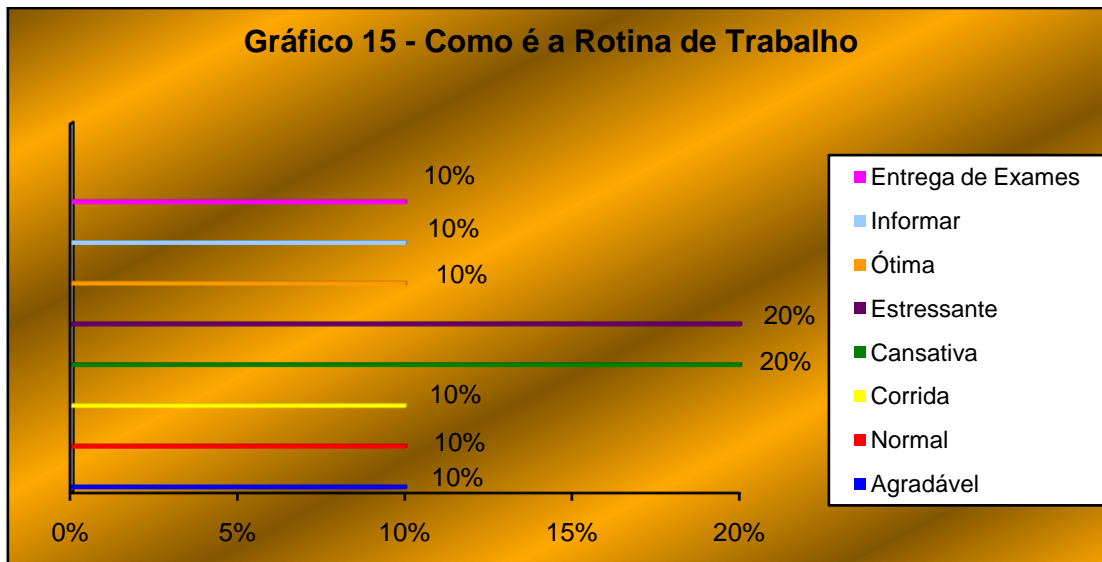
Com relação a função no serviço 25% dos servidores são responsáveis pelos agendamentos e 25% são auxiliar de enfermagem.

Tabela IX – Tempo de Serviço na Unidade

Tempo	Usuário
2 meses	15%
3 meses	10%
8 meses	10%
9 meses	10%
1 ano	10%
7 anos	10%
10 anos	10%
22 anos	10%
24 anos	15%

O tempo que os servidores trabalham na unidade se destaca em 15% 24 anos e 15% 2 meses.

II – Dimensão Técnica



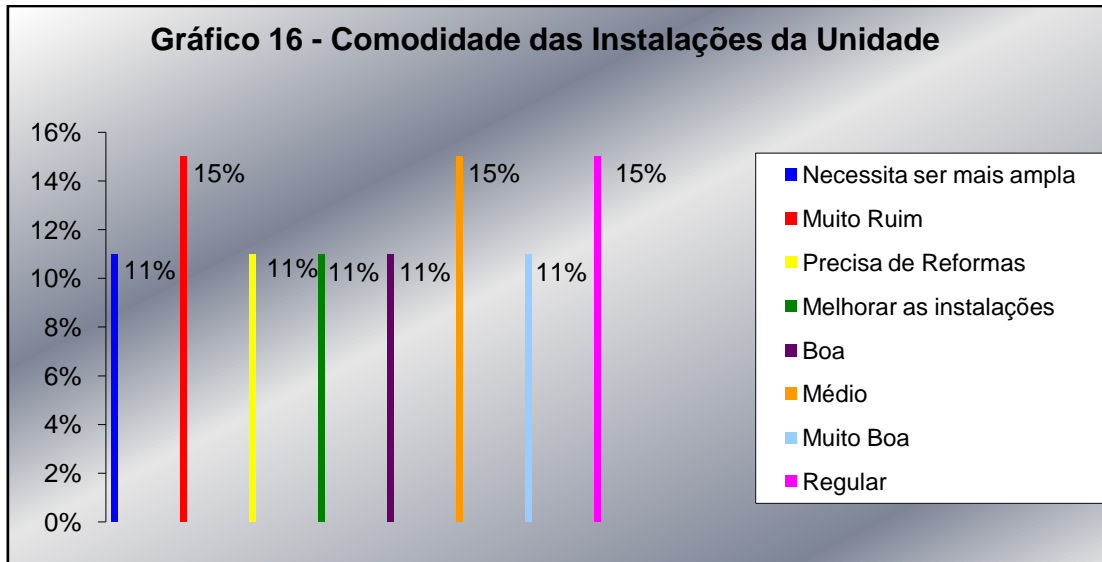
Sobre a rotina de trabalho dos servidores, 20% diz ser estressante e 20% cansativa.

Tabela X – Tarefas na Unidade e Dificuldades

Tarefa	Dificuldade
Avisar pacientes consultas AME – 5,5%	Nenhuma – 15%
Agendar – 30%	Falta de Servidores – 30%
Marcar Vacinas – 5,5%	Espaço Físico – 20%
Esterilizar Materiais – 5,5%	Fluxo grande de Pessoas – 5%
Preenchimento de Boletim – 5,5%	Ligar com os Outros – 5%
Atender Telefone – 5,5%	Acomodação – 5%
Organizar Salas – 5,5%	Faltam de Aparelhos – 20%
Organizar Prontuários – 15%	
Pesar gestantes – 5,5%	
Vigia – 5,5	
Compra de Materiais – 5,5%	
Contratação de Servidores e Estagiários – 5,5	

Quanto as tarefas dos servidores, 30% dos pesquisados possui tarefa de agendar e 30% apresentam dificuldades no serviço em relação a falta de servidores.

III – Infraestrutura

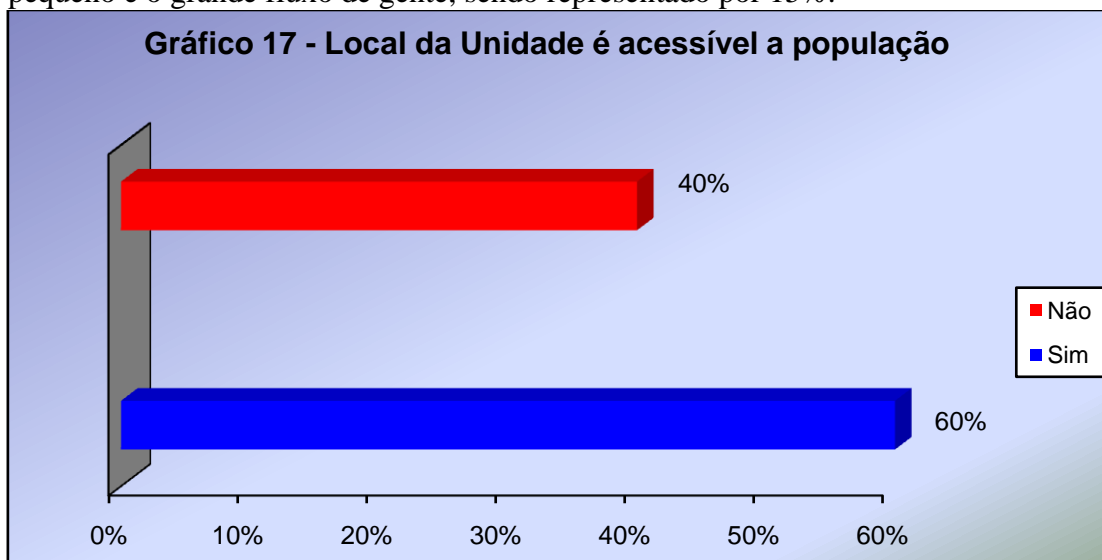


Quanto às instalações da Unidade 15 % dos servidores responderam Muito ruim, regular e médio.

Tabela XI – Agradabilidade do Lugar de trabalho

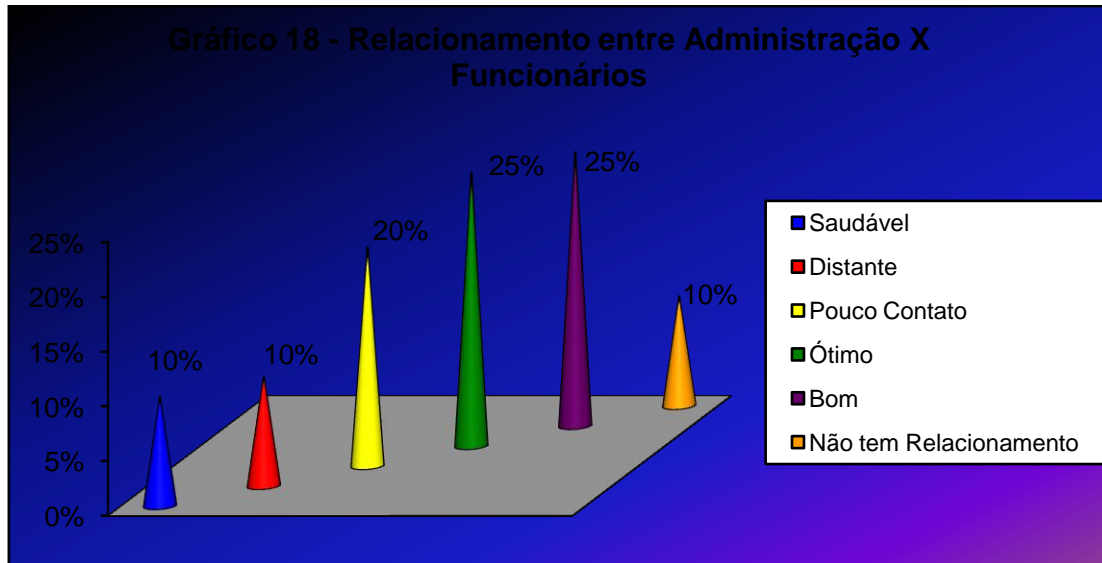
Sim – 80%	Não – 20%
Lugar Tranquilo – 5%	Sem lugar para todos sentarem – 5%
Sou Feliz – 5%	Faltam materiais para o trabalho – 5%
Tenho Amigos – 5%	Faltam salas para consultas – 5%
Posso contar com colegas de trab p/ ajudar – 5%	Fluxo grande de gente – 15%
Gosto do que faço – 15%	Estressante – 5%
	Espaço Físico Pequeno – 15%
	Sem ventilação – 15%

Dos servidores 80% relatam que a unidade é um lugar agradável, por gostar do que fazem 15% e 20% responderam que o serviço não é agradável pelo espaço físico pequeno e o grande fluxo de gente, sendo representado por 15%.



O lugar é acessível para 60% dos servidores.

IV – Gestão e Integração entre servidores



Quanto ao relacionamento entre administração e servidores 25% diz ser ótimo e bom.

Tabela XII – Capacidade de a Administração resolver problemas

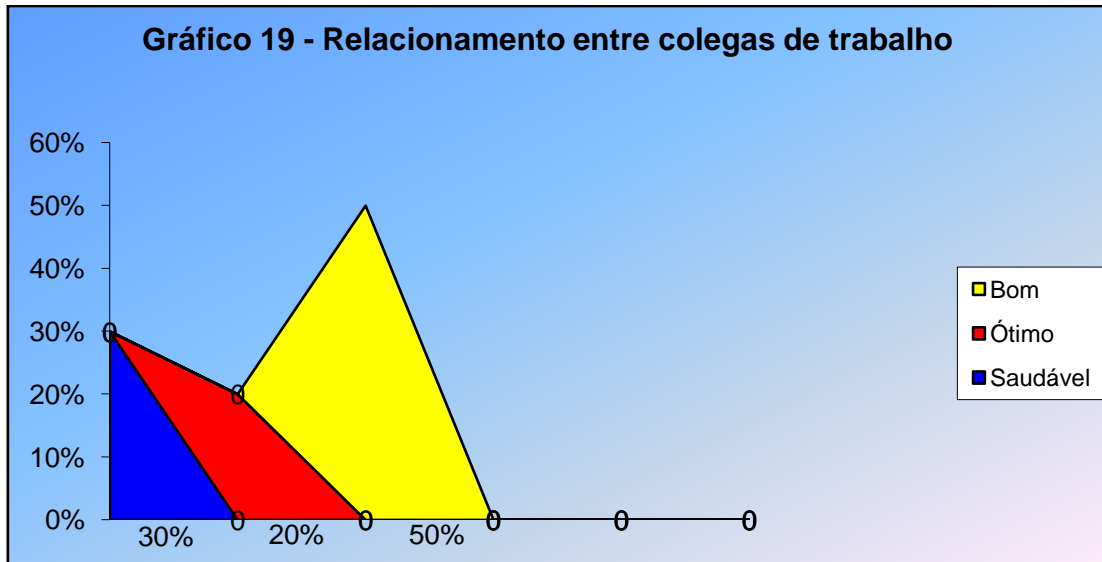
Devagar	10%
Regular	15%
Capazes	10%
Dedicados	10%
Bom	25%
Pouco Caso	20%
Médio	10%

Sobre a administração resolver problemas 25% relataram ser boa.

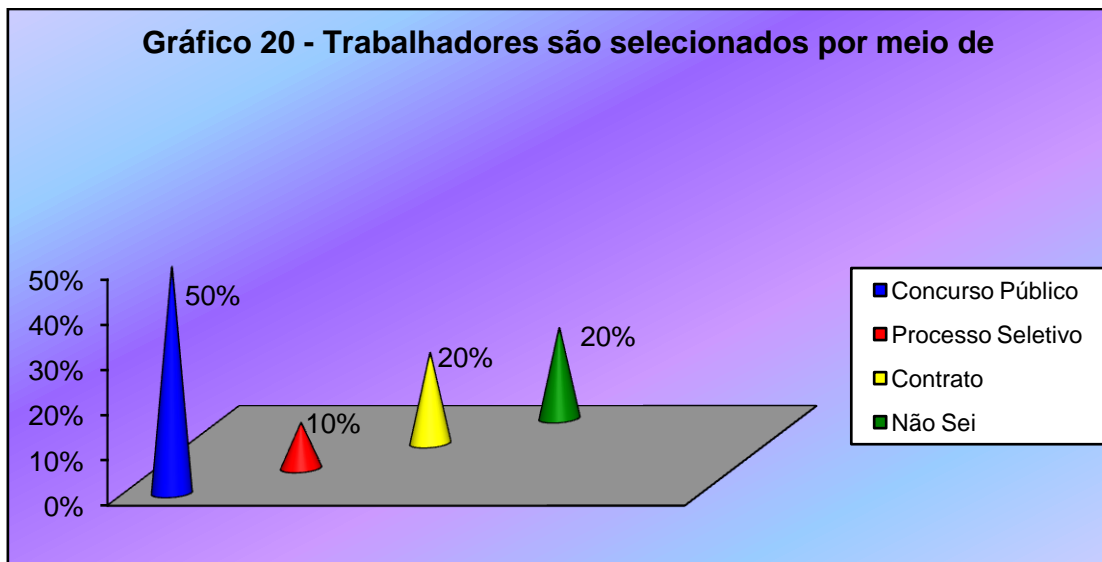
Tabela XIII – Trabalho desenvolvido é avaliado e realizado por quem

Sim – 35%	Não – 35%	Não Sei – 30%
Administração	Amigos de Trabalho	Programas de Internet (Sistemas)
70%	10%	10%
Mapeamento dos Serviços Prestados (Planilha)		10%

Quanto ao trabalho ser avaliado 35% negaram existir avaliação dos serviços prestados, 30% responderam não saber se existe avaliação e 35% afirmaram ser avaliado, onde estes mesmo relatam que são avaliados pela administração, contra 10% por meio de amigos de trabalho, programas de internet (sistemas) e por planilhas – mapeamento dos serviços prestados.



Referente ao relacionamento com colegas 50% diz ser bom.



Os servidores relatam que novos trabalhadores da saúde são selecionados por meio de Concurso Público, significando 50%.

Tabela XIV – Satisfação com o Salário

Não	100%
Salário Baixo	10%
Não somos valorizados	10%
Menor salário da Região	20%
Péssimo	10%
Falta Insalubridade	10%
Piso salarial baixo	40%

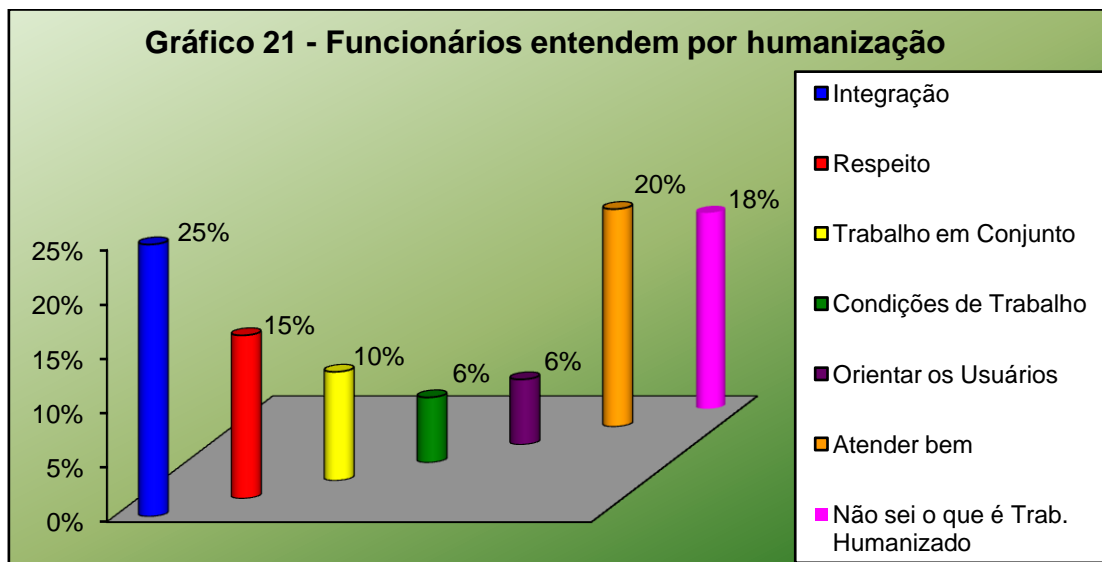
A respeito do salário 100% relataram que não estão satisfeitos, por ser piso salarial baixo 40% e menor salário da região 20%.

Tabela XV – Existe Serviço de Ouvidoria nesta Unidade e como funciona

Sim	60%
Não	10%
Se há nunca viu	30%
Paciente faz sugestão ou reclamação por escrito e na maioria é analisado pelo Jurídico da Prefeitura	

Quanto ao serviço de ouvidoria 60% afirmaram existir, contra 30% disseram se tem nunca vi.

– Humanização

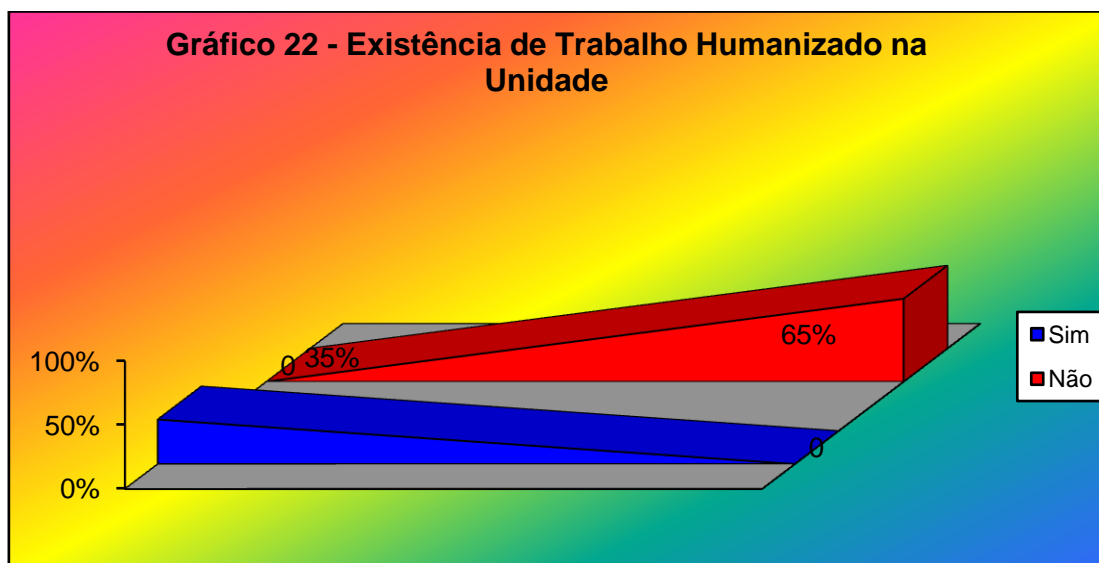


Os servidores entendem por humanização: 25% integração e 20% Atender bem.

Tabela XVI – Para desenvolver Serviços Humanizados é necessário

Cursos Preparatórios	10%
Capacitação	15%
Condições de trabalho	15%
Não sei	10%
Espaço Físico	10%
Palestra	10%
Reformas	10%
Selecionar melhor o pessoal	10%
Trabalho conjunto	10%

Para desenvolver serviços humanizados 15% dos servidores afirmaram que é necessário serem capacitados e ter condições de trabalho.



Sobre a existência de trabalho humanizado na unidade 65% disseram não contra 35% que afirmaram existir, porém não sabem qual.

Discussão

O estágio foi realizado entre os dias 28 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012, nos horários de funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene Pública nos períodos da manhã e da tarde, totalizando 30 horas.

Através de observação e questionários aos usuários e servidores, foi possível obter dados relativos ao desempenho da unidade quanto a política de Humanização.

Através dos questionários aos usuários, constatam-se informações importantes que serão apresentadas por segmentos:

Quanto à caracterização dos usuários - 74% são do gênero feminino, cuja faixa etária que mais se destaca é entre 51 a 70 anos, 40% com o grau de instrução baixo, sendo o ensino fundamental incompleto, 64% são casados, possuindo renda familiar de até 2 SM dos 48% dos pesquisados, cuja profissão que mais se destaca é a de doméstica que permanece igual ao percentual das pessoas do lar.

Observa-se que a população atendida pelo SUS aos serviços de saúde na Atenção Básica possui poder aquisitivo e qualificação baixa, grau de instrução baixo para maiores entendimentos sobre seus direitos.

A análise, segundo os três serviços mais procurados pelos usuários, mostra que 40% procuram a unidade de saúde para se consultar, 24% buscam por recursos terapêuticos (farmácia) e 16% no controle médico de diabete e hipertensão e dentista, onde o tempo máximo para o atendimento foi de 1 (uma) hora, sendo os profissionais classificados pelos usuários como preparados para exercer suas funções. É notável a simplicidade dos usuários, a maioria dos atendidos são agendados, porém, todos no mesmo horário,

verificando um tempo de aguardo bastante elevado de 1 hora. Considerando nesses serviços uma falta de organização e o número de equipes de saúde destinado a estes serviços são insuficientes e há uma escassez de médicos ou enfermeiros.

Os profissionais foram classificados como preparados, visto que, fazem o mínimo para os usuários, comprovando que a satisfação do usuário está diretamente ligada praticamente ao atendimento médico, independente da localização ou dos recursos disponíveis pelo centro de saúde da família.

Os indicadores de qualidade de serviço apresentam baixo percentil nos valores, sendo menor que 50% em todos os itens, caracterizando a delimitação dos serviços.

Dos usuários, 88% desconhecem as tarefas rotineiras dos coordenadores na unidade e dos 12% que conhecem classificaram como regular. Isto vem confirmar a importância dos coordenadores desenvolverem um trabalho que revele a integração entre profissionais e usuários para melhor desenvolvimento dos serviços prestados.

Na unidade de saúde, segundo a pesquisa, 68% dos usuários desconhecem serviços para reclamação ou informações, 20% relatam que a unidade oferece e 12% dos usuários informam que não há esse tipo de serviço. Dos usuários que afirmaram existir esse tipo de serviço, apenas 4% estão muito satisfeitos, 24% satisfeitos, seguido por 12% pouco satisfeitos e insatisfeitos.

Todos reconhecem que possuem o direito de serem atendidos e em relação a questão de humanização é importante ouvir, ser atencioso, ter respeito, educação, mostrar interesse e agilizar os processos do serviço, ou seja, acolher os usuários, visto que não é bem isso que acontece, pois os percentuais são baixos e não chegam a 50%. E no que se refere à opinião dos usuários em relação ao que consideram mais importante no serviço, verificou-se que dos usuários, 68% acreditam ser importante o quesito sentir competência por parte do profissional, sendo este o que mais se destacou.

A ideia de cuidado humanizado e satisfação do usuário está vinculada ao acolhimento dos servidores com os usuários. A opinião do usuário quanto à qualidade dos serviços e do trabalho dos servidores é muito importante para intensificar o processo de humanização nos centros de saúde da família.

Através dos questionários dos servidores, podemos observar e constatar informações importantes que serão apresentadas por segmentos:

Segmento identificação dos servidores – 85% dos servidores são do gênero feminino e 15% do gênero masculino, no que se refere a faixa etária o percentil que mais se destaca 45% é entre 31 a 40, quanto ao grau de instrução 45% possuem superior completo, seguido por 35% servidores com ensino médio completo, sobre a profissão 25% são auxiliares de enfermagem e estagiários, na qual possuem renda individual entre < SM (bolsa para estagiários), 1 SM e 3 SM dos quais mais se destacam, sobre a função no serviço 25% entre auxiliar de enfermagem e agendamentos e a respeito do tempo de serviço 15% dos servidores trabalham a 24 anos na unidade empatando com outros servidores de até 2 meses no serviço.

Segmento dimensão técnica – quanto à rotina de trabalho os servidores relatam ser 20% estressante e cansativa, quanto as tarefas o que se destaca é 15% em organizar prontuários, já as dificuldades 30% dizem ser falta de servidores, seguido por 20% relacionado do espaço físico e falta de aparelhos.

Segmento infraestrutura – com relação a infraestrutura, isto é, a comodidade das instalações os servidores elegem em 15% muito ruim, médio, regular, já sobre o lugar se é considerado agradável 80% afirmaram que sim, onde a maioria justificou em 15% gosto do que faço e 20% negaram ser lugar agradável, justificando em 15% fluxo grande de gente, espaço físico pequeno e sem ventilação. Quanto ao lugar ser acessível a população 60% afirmaram ser, já que fica no centro do bairro do qual pertence.

Segmento gestão e integração entre servidores – sobre o relacionamento entre administração e servidores 25% afirmam ser ótimo e bom, porém, 25% relatam ser boa a capacidade de resolver problemas, contra 20% que afirmam que a administração trata os problemas com pouco caso. Quanto ao trabalho ser avaliado 35% negaram existir avaliação dos serviços prestados, 30% responderam não saber se existe avaliação e 35% afirmaram ser avaliado, onde estes mesmo relatam que são avaliados pela administração, contra 10% por meio de amigos de trabalho, programas de internet (sistemas) e por planilhas – mapeamento dos serviços prestados.

Com relação ao relacionamento entre servidores 50% afirmam ser boa. Os trabalhadores são empregados 50% por meio de concurso público e em relação ao salário 100% não estão contentes, concluindo que são os mais baixos da região ou piso salarial baixo.

Em relação aos serviços de ouvidoria 60% afirmaram existir, porém, 30% relatam que se tem nunca viu. Muitas vezes, o que se identifica é a necessidade de humanização do próprio profissional, a fim de que se possa também humanizar os atendimentos na área da saúde. De acordo com Cecílio (1997), é necessário pensar em novos fluxos de atendimento em saúde a partir da realidade dos usuários e das novas tecnologias de trabalho e gestão, que visem à humanização e ao comprometimento com a vida das pessoas.

Segmento Humanização – por humanização 25% dos servidores entende que é integração entre os servidores para melhor execução dos serviços disponibilizados, onde acreditam que para um melhor desempenho no trabalho precisam ser capacitados e a unidade precisa oferecer condições de trabalho.

A respeito da existência de trabalho humanizado na unidade 65% disseram não existir, contra 35% que afirmaram existir, mesmo não sabendo qual. Salienta-se a importância de um trabalho de conscientização que poderia ser realizado pela psicologia da Saúde, considerando a individualidade da pessoa e entendendo a sua dor como única, buscando compreender sua real dimensão e a maneira pela qual este sofrimento repercute na vida. A psicologia observa e compreende a condição do sujeito em relação à realidade de vida, buscando um planejamento de intervenções e ações em saúde. (ANGERAMI-CAMON, 2002)

Descrição do atendimento

- Recepção (agendamento e informações) – todos são marcados no mesmo horário, formando uma fila grande. As atendentes são estagiárias e a grande parte não sabe passar informações por desconhecer o próprio trabalho e o sistema, utilizado para agendar os atendimentos.

Os usuários reclamam e dizem:

“uma pergunta para a outra, onde dificilmente sabem a resposta, correm em outro setor para obter a informação”, “colocaram umas meninas burras e sem educação ali”; “nem elas sabem, como vão informar pra gente?”, “é um barulho aqui, nem parece Centro de Saúde”; “crianças correndo pra lá e pra cá, a gente já está ruim e ainda, tem que ter paciência pra ficar na fila e agüentar essa molecada não é fácil”, “cadeiras no agendamento não faltam, mas pra que cadeiras se mesmo assim, tem que ficar em filas, não tem senha, se ficar sentado perde a vez”.

Não há critérios para agendamento em urgências; não há prioridades nas filas para gestante, mulher com criança pequena no colo, idoso, deficiente; não há acolhimento. A falta de acolhimento ao usuário pode provocar problemas emocionais e conduzir ao abandono ou a diminuição da adesão ao tratamento; não se respeita a individualidade do indivíduo, se não a respeito, não há aceitação e muito menos confiança. FRANCISCONI E GOLDIM (1998), entendem a confidencialidade como sendo uma das bases de sustentação em uma relação produtiva entre o profissional de saúde e o usuário dos serviços.

- Vacinação – local de bom atendimento e acolhimento por parte das atendentes do setor. Os usuários dizem muito bem do setor, não há filas, são bem atendidas, sabem dar as informações necessárias e sempre com “sorriso no rosto”.

- Ginecologia (pré natal / preventivo), este setor trabalha bem organizado nos processos de atendimentos, há filas pelo elevado número de pessoas, porém, a uma remarcação dos horários para evitar filas grandes e cansaço de espera nos atendimentos.

- Farmácia – a farmácia é um local de conversas paralelas entre as atendentes, Os usuários dizem que os servidores “nem ouvem os usuários de forma interessada e como pessoa”; “além de nunca ter remédios que eu preciso, ainda sou tratado como um ninguém”, “remédios é muito difícil ter”, “se quiser sarar precisa comprar o remédio, porque aqui nunca tem, só passo porque eles mandam vir até aqui”, “as atendentes nos atendem como objetos e de forma tal sem noção, educação que saio daqui me sentindo como um toco que tem enfrente de casa”

- Consultas Médica – as consultas são agendadas para o mesmo horário, o atendimento é por ordem de chegada, sem prioridades para idosos, deficientes, os médicos chegam atrasados e quando chegam ao Centro de Saúde, permanecem lá aproximadamente uma hora, onde os atendimentos não passam de cinco minutos por pessoa. Os usuários reclamam muito dos médicos relatando que: “são sem educação, não olham no rosto da gente, alguns nem cumprimentam”; “quando entro no consultório nem sento, porque é sentar e já tem que levantar”; “médico é pra saber o que a gente tem e eles que perguntam pra gente o que temos, se eu soubesse não precisa ir ao médico”; “alguns estão sempre mal humorados e com pressa, nem ouvem o que a gente tem pra dizer”. Através dos relatos percebe-se o pouco caso, a falta de compromisso, falta de respeito

pelo horário não cumprido e pelo tratamento, onde as dúvidas permanecem e a insatisfação também, justamente por não serem ouvidos.

- Acompanhamento de hipertensos e diabéticos – os acompanhamentos são feitos por uma enfermeira e o próprio médico. Os usuários dizem: “faço este acompanhamento porque senão eles ficam bravos, porque aqui só é preenchido na minha pasta números se piorei ou se melhorei, eu entendo por acompanhamento o profissional explicar o que não podemos fazer ou o que podemos fazer para melhorar, o que se pode comer e o que não se pode comer, pra eu saber estas coisas tenho que perguntar pra pessoas nas ruas, vizinhos ou alguém com o mesmo problema meu, ou ainda através da televisão e revistas, se é perguntado para os médicos eles dizem a senhora está bem, pode continuar a fazer como está fazendo”; “a enfermeira que acompanha o médico é gente boa, cumprimenta a gente, dá risada, agora o médico nem fala com a gente, só pergunta pra enfermeira se a pressão ou diabete está controlada”; “eu já estou quase desistindo deste tratamento, que pra mim é perda de tempo, venho aqui pra saber como estou, mas eles falam tão complicado que nem sei se to bem ou ruim”.

Percebe-se que existe um trabalho quase em vão, porque realmente acompanhamento não há, apenas preenchimento de papel, a famosa burocracia, as pessoas saem com mais dúvidas de quando chegam ao local, e ainda, são mal tratadas, outras acham o tratamento bom, porque a enfermeira é boazinha, cumprimenta, dá risada, como se isto fosse coisa fora do normal.

- Enfermaria – Os usuários relatam: “Algumas fazem apenas o seu trabalho quieta, concentrada e com cara fechada, outras são mais sorridentes, tranqüilizam a gente”, “tem enfermeira que trata da gente como se fosse um pau, outro dia precisei tomar injeção na veia, a enfermeira estourou a minha veia nos dois braços e depois disse que ia ter que por na mão”; “elas falam que a injeção não vai doer nada que é só uma picadinha, falam nisto porque não é no braço delas”.

- Exames (sangue/ urina/ fezes) – Quanto a este setor os usuários não reclamam muito, o atendimento é rápido mesmo porque os exames precisam ser colhidos até determinada hora. Os usuários dizem: “estes tipos de exames são rápidos para conseguir”; “o tratamento é bom, apesar de ter umas enfermeiras que não sabem a diferença de pau e braço”.

Quanto ao questionário dos servidores é visível em grande parte a desmotivação, falta de compromisso, estresse, mal humor, cansaço, atendimento mecânico sem interesse pelo usuário, sem preparação, não possui informação suficiente sobre seu trabalho.

Sabemos que o papel dos profissionais de saúde é transmitir informação sobre os cuidados de saúde de maneira simples e humanizada, através de uma política legal e ética.

O profissional de saúde deve informar à família, por meio de uma comunicação efetiva, construindo a confiança, empatia e abolindo preconceitos, dúvidas e dificuldades que surgem no dia a dia, oferecendo apoio necessário.

O trabalhador da saúde está exposto a um nível maior de estresse, porque presta assistência a vida de um humano e seus familiares, tendo que lidar com suas próprias

emoções e conflitos, portanto, “para que os profissionais de saúde possam prestar uma assistência de qualidade e humanizada, se faz necessário ter sua dignidade e condição humana respeitada através de uma remuneração justa, condições adequadas de trabalho e ter seu trabalho reconhecido e valorizado”. (BACKES ET AL, 2006)

Após todo o levantamento, registra-se apontamentos que possam vir a contribuir para a “importância da Construção de uma Política de Humanização em Saúde”, visto que, a humanização resgata a condição de sujeito, tanto no atendimento individual como no coletivo.

- investir no acolhimento – acolhimento é a primeira impressão que fica dos serviços prestados e do próprio Órgão Público, que significa orientar, informar acolhendo com sorriso, empatia através de palavras corretas e claras, atendendo com pretensão, tratando o outro como pessoa nos interessando sobre seus problemas e queixas e falar olhando o outro;

- considerar o outro como ser que pensa, tem sentimento, julga e age a partir de juízos positivos e negativos – isto é, o outro também é um ser humano como nós mesmas;

- qualificar profissionais para o serviço e para aprender a lidar com os próprios sentimentos e os sentimentos dos outros – o profissional deve saber exercer sua função com qualidade e aprender desenvolver habilidades e competência para o seu trabalho;

- ouvidoria – setor onde usuários, profissionais e população de forma geral, possuem voz para reclamar, denunciar, elogiar e dar sugestões sobre assuntos ligados em seu interesse, visando garantir os direitos conferidos aos cidadãos estabelecidos pelos princípios da ética;

- integração ente profissionais – todo e qualquer profissional precisa trabalhar integrado para melhor desenvolver o seu trabalho, já que a troca de ideias e experiências vividas significa conhecer o trabalho do outro em seu próprio trabalho;

- ambiente físico adequado aos trabalhadores e usuários, inclusive um canto reservados para crianças – todo profissional necessita ter condições de trabalho, desde uma sala ventilada, cadeiras confortáveis até material para desenvolver o trabalho e quanto aos usuários precisam sentir bem no local desde a recepção momento de chegada até aos atendimentos médicos;

- redução de filas; e tempo de espera para atendimento – humanizar é respeitar o outro, portanto deixar usuários em filas por muito tempo sem ter necessidade é algo estressante;

- tratamento com igualdade – diante a Constituição Brasileira de 1988, todos somos iguais, portanto, é importante tratar o outro sem discriminação, exclusão e de igual para igual;

- autonomia sobre o atendimento – o paciente tem o direito de saber sobre os processos de seu tratamento e discutir junto sobre a melhor opção de forma de atendimento;

- sinalização – sinalizar as salas é importante uma questão de informação, organização e humanização;
- caixa de sugestão com papéis e canetas disponíveis – é direito de qualquer pessoa se manifestar e se expressar, porém a lugar que existe a tal caixa de sugestão, mas sem canetas e papéis disponíveis para o uso;
- crachá – todo trabalhador deve ter sua identificação;
- agendar consultas por prioridade nas especialidades médicas – há casos que necessitam de mais urgências que outros;
- palestra e atividade motivacionais para os trabalhadores – os trabalhadores necessitam e precisam sentir amparados através de novos conhecimentos e tempo para relaxar, não tornando o trabalho tão massante;
- implantação de Programas de Ginástica (laboral) para servidores – descansar, relaxar, descontrair é importante para qualquer profissional, além de fazer bem ao corpo e mente, o trabalho do profissional irá se desempenhar melhor;
- qualificar a recepção aos pacientes, tornado o ambiente acolhedor, mais ágil, além de orientar os usuários – a recepção é o primeiro contato com o usuário, tornando deve ser bem visto, ter profissionais acolhedores e satisfeitos pelos serviços e informações oferecidas;
- organizar espaços e servidores – um trabalho bem visto é organizado, pois contribui para um melhor desempenho e desenvolvimento das ações a serem desenvolvidas;
- ética profissional – sigilo é a construção de todo um trabalho profissional.
- priorizar os atendimentos para crianças, gestantes, deficientes e idosos;
- médicos precisam se mais claros e informar sobre o diagnóstico e doenças para não ser preciso procurar na rua;
- a unidade do ser um setor de saúde, necessita ao menos manter o silêncio;
- é necessário mais médicos especialistas para que se possa amenizar os encaminhamentos para o AME que demora cerca de 5 a 6 meses;
- atendentes precisam ser mais rápidas e objetivas e para isto, precisam saber como funciona seu trabalho, as normas e os procedimentos;
- para evitar filas grandes é importante agendar os usuários em horários diferentes e disponibilizar senhas;
- médicos devem cumprir o horário;
- farmácia não possui medicamentos e quando há é muita burocracia;

- servidores em geral devem ao mesmo atender bem e com respeito nos atendimentos: olhar pra pessoa ao falar significa compreender o ser humano;
- ter espaços para crianças enquanto aguardam os atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso da construção do SUS, encontramos avanços, questões que necessitam de aperfeiçoamento e mudanças de atenção e de gestão. Com embasamento nesta lógica, criou-se a Política Nacional de Humanização (PHN), orientada para a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania e controle social com caráter social, participativo, protagonista e autônomo.

Humanização refere-se à importância de se privilegiar o paciente em seus aspectos bio-psico-sociais, ou seja, constitui um processo de resgate do humano nas práticas de saúde, visando resgatar o respeito à vida humana em dimensões que atingem o social, ética, educacional e psíquica.

O objetivo principal da PNH é aprimorar as relações entre profissionais, usuários e comunidade, isto democratizando as relações, por meio de diálogos, reconhecimento dos direitos dos pacientes e sua subjetividade, o acolhimento e outros meios necessários para atender os usuários com dignidade.

E assim, observou-se que é necessário e urgente implantar uma Política de Humanização na organização estudada, para que todos sejam favorecidos aos serviços e atendimentos prestados e ainda, a serem respeitados como cidadãos e humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABGERAMI-CAMON, V.A. *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira, 2002.

ANGNES, D. Humaniza saúde: diferencial do atendimento na saúde. *Boletim da Saúde*, v.18, n.2, p.09-15, 2004.

BACKES, D.S.; LUNARDI, V.L; LUNARDI, W.D. A humanização hospitalar como expressão de ética. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v.14, n.1, p.132-135, 2006.

BRASIL. Legislação Federal e Estadual do SUS. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Legislação Federal e Estadual do SUS. Porto Alegre, 2000. p. 22-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização Hospitalar. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

BRASIL, Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS, 2004. Disponível em ([http:// portal.saude.gov.br/saude/area](http://portal.saude.gov.br/saude/area). (acesso em 07/02/2012).

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e Administração de Pessoal. In: MERHY, E; ONOCKO, R. (Org) Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CARVALHO, D. B.; YAMAMOTO, O.H. Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. *Psicologia para a América Latina*, v.1, p.1-12, 2002.

CECÍLIO, L.C. O. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada*. Cadernos de saúde pública, São Paulo, v.13, 1997.

FERREIRA, A.B.H. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. São Paulo: Nova Fronteira, 1988.

FRANCISCONI, C.F.; GOLDIM, J.R. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

IOIA-MARTINS, D.; ROCHA JÚNIOR, A. Psicologia da Saúde e o novo paradigma: novo paradigma? *Psicologia: Teoria e Prática*, v.3, p.35-42, 2001.

MARKS, D. F.; MURRAY, M., EVANS, B., & WILLIG, C. *Psicologia da Saúde: teoria e prática*. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications.

MATARAZZO, J.D.; WEISS, S.M.; HERD, J.A.; MILLER, N.E. *Saúde Comportamental: um manual de melhoria da saúde e prevenção de doenças*. New York: John Wiley e Sons, 1984.

MÜLLER, M.C. Psicologia e bioética. In: CLOTET, J. (Org). *Bioética*. Porto Alegre: Edipucrs, 2001. p.85-92.

PESSINI, L. *Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar*. Bioética, Brasília, DF, v.10, n.2, 2002.

SEBASTISNI, R.W. Psicologia da Saúde no Brasil: 50 anos de história. Recuperado em 27 de janeiro, 2006 de HTTP: www.nemeton.com.br, 2003.

SILVARES, E. M. O papel do registro de observação de comportamentos e da quantificação no diagnóstico clínico comportamental. *Psicologia-USP*, São Paulo, v.2, n.1/2, p.105-109, 1991.

SPINK, M.J., & MATTA, G.C. A prática profissional da psicologia na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M.J.P.,SPINK (org). A

psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica (pp. 25-51). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.