

Ano 5, vol IX, Número 2, Jul-Dez, 2012, Pág. 205-221

HUMANIZAÇÃO: PRIORIDADE AO CUIDADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS

¹ Guiomar Alegria Souza Silva Nobre

² Denise Machado Duran Gutierrez

RESUMO: Este artigo é resultado de um projeto de pesquisa que teve como objetivo geral investigar a percepção que os vários atores ligados aos cuidados da saúde no contexto do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), organizados em equipes de profissionais, tem sobre a qualidade dos serviços prestados tendo-se em vista a Política Nacional de Humanização (PNH). Para tal identificou-se como a equipe de profissionais têm efetivado, em sua prática profissional, os princípios das políticas de humanização no cuidado à saúde. Verificou-se a qualidade da relação equipe-usuário nos atendimentos realizados a partir das percepções dos usuários dos serviços. Analisou-se como a equipe de profissionais se posiciona em relação à implementação da Política de Humanização e como avaliam sua efetividade. A pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Foi realizada com 15 sujeitos de ambos os sexos, divididos em três grupos: 05 profissionais da recepção, 05 profissionais das clínicas e 05 usuários dos serviços. Os instrumentos utilizados foram a Entrevista Semi-estruturada e a Observação dos processos ocorridos durante a entrevista. Verificou-se que a qualidade da relação equipe-usuário, está em processo de desenvolvimento, os usuários reconhecem que precisam respeitar e compreender os profissionais dentro de suas próprias limitações e vice-versa. Identificou-se que a equipe de profissionais desconhece os princípios da PNH em suas várias formas e nas atividades realizadas. Analisou-se que a equipe de profissionais das clínicas se posiciona de modo favorável à implementação da PNH, e avaliaram que a efetividade da PNH é possível através de instrumentos de pesquisa, como a entrevista e a observação. De outro modo é vista como impossível pela descrença destes profissionais fundamentada na falta de uma Política de humanização visível a todos no contexto desse hospital.

Palavras chaves: Humanização; Cuidado à saúde; Política de humanização; Equipe de profissionais.

HUMANIZATION: PRIORITY OF HEALTH CARE IN THE UNIVERSITY HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

ABSTRACT: This article is the result of a research project that aimed to investigate the perception of different actors related to health care in the context of the University Hospital Getúlio Vargas (HUGV), organized in teams of professionals, it has quality of services provided keeping in view the National Humanization Policy (NHP). For this survey it was identified how the team of professionals of the University Hospital Getúlio Vargas has accomplished in their professional practice, the principles of the policies of humanization in health care. The quality of the relationship staff-user in the health care service was checked from the perceptions of service users. We analyzed how the team of professionals stands in relation to the implementation of the Policy of Humanization and how they evaluate its effectiveness. The research approach is qualitative, descriptive and exploratory. It was done with 15 people of both sexes, divided in three groups: 05 reception professionals, 05 professionals from the clinics and 05 service users. The instruments used were the Semi-Structured Interview and Observation of the processes occurring during the interview. It was found that the quality of staff-user relationship, is under development, users recognize the need to respect and understand the professionals within their own limitations and vice versa. It was found that the professional staff of the Hospital Vargas does not know the principles of the HNP in its various forms and activities undertaken. We analyzed the clinical team of professionals is positioned favorably to the implementation of the HNP, and evaluated the effectiveness of the HNP is possible through research tools such as interviews and observation. Otherwise it is considered impossible because of the total disbelief of these professionals based on the lack of a humanization policy in HUGV visible to all in the context of this hospital.

Keywords: Humanization, Health Care, Policy humanization; team of professionals.

Este trabalho firma sua importância no reconhecimento, da centralidade que a POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO do Ministério da Saúde (PNH, 2009) assume no quadro geral dos cuidados à saúde; e no fato de que em consonância com tendências mundiais, as pessoas procuram os serviços de saúde de modo prioritário para seu cuidado e procuram cada vez mais um cuidado diferenciado e humano. Os profissionais de saúde, de seu lado, recebem apelos para desenvolverem um atendimento humanizado, de conformidade com um dos princípios da PNH que enfatiza a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde usuários, trabalhadores e gestores.

São encontrados diversos estudos enfocando a prática do cuidado humanizado, como de Giordani (2008) em seu livro “Humanização da saúde e do cuidado” que aborda a prática do cuidar, quem cuida e quem é cuidado, enfatizando a necessidade da sensibilidade humana estar presente na atuação do profissional nas práticas humanitárias; que é preciso a humanização tornar-se uma cultura, eliminando assim a exclusão e possibilitando saúde para todos. Reforça também que o ser humano deve ser tratado em sua integralidade, e destaca a importância das relações interpessoais para a humanização na saúde.

Souza e Ferreira (2010) identificaram limites e sentidos da prática de humanização em uma UTI neonatal, através da ótica da equipe multiprofissional, e assinalam impedimentos para assistência humanizada: como a falta de recursos materiais e humanos, influenciando a sobrecarga de trabalho; conflitos de relacionamento e falta de infraestrutura, tanto para os trabalhadores como para conduzir as iniciativas de humanização.

Segundo Nogueira - Martins (2001, p. 22), todos os seres humanos, tanto os clientes como os profissionais, devem ser tomados na atividade assistencial como humanos, como realmente são, com seus desejos, carências, necessidades, sentimentos, criatividade, inteligência, crenças e valores. Esta pesquisa parte do princípio de que ambos os sujeitos devem ser valorizados nas práticas de produção da saúde, pretende contribuir para um aprofundamento do conhecimento sobre a situação dos cuidados humanizados, a partir da perspectiva dos envolvidos; subsidiando assim reflexões críticas e propositivas para a reorganização dos serviços, bem como a garantia de

direitos dos cidadãos seus usuários, porque valorizar o ser humano, resgatar o respeito à vida, privilegiando a ética no cuidado, enquanto se produz saúde, é humanizar (GIORDANI, 2008, p.176).

Neste contexto, foi realizada anteriormente uma pesquisa abordando o tema Humanização, envolvendo os vários atores envolvidos na equipe de *Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV)* a qual foi finalizada e acredita-se que contribuirá com seus resultados para o fortalecimento das práticas no Sistema Único de Saúde SUS, neste sentido, realizou-se nova pesquisa, desta feita, envolvendo os vários profissionais que atende no HUGV, com a pretensão de adquirir novos conhecimentos sobre o tema em questão, e contribuições para compreender mudanças ocorridas nas relações equipe-usuário na busca por melhores condições de atendimento, ampliando o conhecimento dos diversos profissionais envolvidos quanto a efetividade das conexões, em nível de grupalidade, entre as equipes de profissionais das diversas áreas do sistema de saúde, com o intuito de comparar e discutir resultados desta pesquisa com os resultados obtidos na pesquisa realizada no HUVG anteriormente.

A relevância social de conhecer como é realizado o atendimento humanizado no cotidiano do serviço de saúde, a partir da percepção dos usuários, tendo em vista princípios norteadores da PNH é inegável. Assim como o ponto de vista dos diversos profissionais, a respeito dos princípios da PNH e sua experiência em hospital universitário poderão contribuir para aprimorar os profissionais nas práticas de gerir e de cuidar, pois, segundo Dário Frederico Pasche:

Estes hospitais ocupam posição estratégica no SUS, quer seja por sua potencial capacidade resolutiva e a eficácia que podem agregar na rede de cuidados, quer seja por sua função de formação de trabalhadores da saúde. Experimentar a humanização nestes lugares, por estas razões, é então estratégico (PASCHE, 2009, p. 2).

Para proporcionar um atendimento de qualidade, a política humanizadora valoriza o ser humano, garante o respeito às diferenças naturais entre indivíduos e contribui na implementação da PNH, pela qual se propõe algumas prioridades (PNH, 2004, p.10):

1. Dificuldades com a estrutura foram identificadas também por Souza e Ferreira (2010), que identificaram limites e sentidos da prática de humanização pela falta de recursos materiais e humanos, influenciando a sobrecarga de trabalho; conflitos de

relacionamento e falta de infraestrutura, tanto para os trabalhadores como para conduzir as iniciativas de humanização.

Esta pesquisa tem como objetivo geral, investigar a percepção que os vários atores ligados aos cuidados da saúde no contexto do Hospital Universitário Getúlio Vargas têm sobre a qualidade dos serviços prestados tendo-se em vista a política de humanização prevalente no campo das novas propostas em saúde. Identificar, como a equipe de profissionais do Hospital Universitário Getúlio Vargas têm efetivado, em sua prática profissional, os princípios da política de humanização no cuidado à saúde; Verificar a qualidade da relação equipe-usuário nos atendimentos realizados a partir das percepções dos usuários dos serviços; Analisar como a equipe de profissionais se posiciona em relação à implementação da Política de Humanização e avaliam sua efetividade.

A abordagem da pesquisa é qualitativa, que se preocupa com o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno (MINAYO, 2004), e o número de sujeitos segundo Nogueira - Martins (2001, p. 62) pode “variar de um indivíduo até grandes grupos e o foco do estudo pode variar de uma ação particular de uma pessoa ou pequeno grupo para a função de uma complexa instituição”. É uma proposta de caráter descritivo e exploratório. O instrumento de pesquisa é a entrevista semi-estruturada e observações anotadas em Diário de Campo. Os participantes são 15 sujeitos divididos em três grupos: 05 profissionais das clínicas, 05 profissionais da recepção e 05 usuários de ambos os sexos.

Procedimentos metodológicos

Primeiro foram realizados contatos com o comitê científico do HUGV com o objetivo de obter autorização para nova pesquisa no hospital, a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, de acordo com as recomendações da *Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde*, que regulamenta investigações envolvendo seres humanos. Após a autorização, as entrevistas foram agendadas e realizadas no mês de janeiro de 2012 em dia e hora adequado aos sujeitos, para aplicação das entrevistas de modo individual, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, porém, no caso dos usuários não foi possível agendar porque eles não quiseram voltar outro dia para dar a entrevista, mas optaram em ceder a entrevista enquanto aguardavam atendimento em sala de espera para não

perder a vez. As entrevistas foram aplicadas de forma individual, no local de preferência do participante, não houve necessidade de deslocá-los para fora do hospital.

Foram entrevistados 15 sujeitos: 05 profissionais das clínicas (um fisioterapeuta, um psicólogo, dois enfermeiros, um médico); 05 profissionais da recepção, de ambos os sexos; 05 usuários com faixa etária entre 30 e 73 anos, de ambos os sexos, sem origem indígena e não portadores de deficiência mental.

Os 05 profissionais entrevistados das diferentes clínicas do HUGV estão identificados pela palavra *Clínica*, numerada de 1 a 5; os 05 Recepcionistas, estão identificados pela palavra *Recepcionista*, numerada de 1 a 5; e os 05 usuários, estão identificados pela palavra *Usuário*, numerada de 1 a 5, para proteger a integridade e manter o sigilo dos 15 participantes. Os 05 Usuários foram selecionados por conveniência, abordados em sala de espera no serviço ambulatorial, submetidos ao método de *inclusão e exclusão* do seguinte modo: para participar da pesquisa o usuário deveria estar de retorno ao médico, no mínimo pela segunda vez, não poderia participar quem estivesse sendo atendido pela primeira vez no ambulatório. No caso dos profissionais das Clínicas, estes foram escolhidos de acordo com as Clínicas que foram elogiadas na pesquisa anterior pelos pacientes. Os 05 recepcionistas, também foram escolhidos porque o serviço de recepção foi indicado pelos Usuários na pesquisa antecedente como uma equipe que não recebe treinamento e não está preparada para atender as pessoas, apesar de alguns realizarem um bom trabalho.

O instrumento utilizado é a *entrevista do tipo semi-estruturada*, com roteiro previamente estabelecido, com três modelos, um para os profissionais da recepção, um para os usuários, outro para os profissionais das clínicas (anexo A). Utilizamos também o *Diário de Campo* como fonte de registro complementar anotando observações sobre o processo de realização das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em *áudio* e foram transcritas literalmente em Word 2010 para análise e destruídas posteriormente. O conjunto das entrevistas juntamente com outras informações coletadas no processo de sua realização constituiu o *corpus* da análise.

Análise e discussão dos resultados

O material coletado foi submetido ao método de análise de conteúdo (GOMES, 2002) seguindo as seguintes etapas: a) leitura inicial para obter uma compreensão geral

do material; b) escuta exaustiva das entrevistas; c) identificação das unidades de significação que emergiam das falas dos usuários; d) comparação das diferentes unidades de significação dos usuários; e) descoberta de núcleos de sentidos em torno dos quais giram a construção das percepções; f) interpretação dos resultados finais e conclusão dos núcleos de sentidos encontrados.

Verificou-se que dos 05 (cinco) usuários entrevistados, 01 (um) é idoso e aposentado, os outros 04 estão na faixa entre 30 e 51 anos, com escolaridade de ensino fundamental e superior. Quanto aos 05 (cinco) recepcionistas, apenas um tem menos de um ano de experiência os outros estão numa faixa entre 01 ano e 8 meses e mais de 30 anos, com ensino médio a superior. Os 05 (cinco) profissionais das Clínicas todos de ensino superior estão entre 27 e 55 anos de idade, com experiência profissional entre 20 e 30 anos. O fator experiência no serviço hospitalar é um fator determinante para comparação de dados entre os antigos profissionais do hospital e os Residentes entrevistados na pesquisa anterior.

Quanto aos resultados finais, apresentamos, sete núcleos temáticos: 4.2) ideias relacionadas a um conceito de humanização para os usuários; 4.3) um adjetivo para o atendimento dos profissionais na percepção dos usuários; 4.4) A relação equipe – usuário, o usuário e o atendimento; 4.5) Os princípios da PNH na prática dos recepcionistas; 4.6) A implementação da PNH e os posicionamento dos profissionais das clínicas; e 4.7) A efetivação da PNH na percepção dos profissionais das clínicas.

Partindo de uma Análise de Conteúdo Temática (GOMES, 2002, p. 92), buscou-se descobrir núcleos de sentido no significado das palavras que formam a comunicação, cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo proposto. Nesta pesquisa os núcleos de sentido foram entendidos como eixos, em torno dos quais giram outras ideias.

Ideias de Humanização para os vários atores

Dois dos cinco usuários entrevistados declararam desconhecer Humanização, três, arriscaram explicar o que entendem sobre o assunto. A síntese das falas dos três usuários resultou em um único núcleo de sentido: **empatia**. Na percepção da maioria dos recepcionistas e Profissionais das Clínicas, a noção de humanização é a mesma dos usuários, pois, eles percebem também a humanização como empatia.

A **empatia** possibilita compreender e conhecer o outro com suas possibilidades, dificuldades e dá condições para o sujeito agir em benefício do outro, neste caso especificamente parece determinar em termos de humanização um atendimento melhor, com respeito mútuo entre usuário e profissional. Neste sentido a percepção dos usuários se aproxima do entendimento que se tem sobre humanização como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (HUMANIZASUS, 2009, p.8).

“é cuidar bem! [...] É como uma vez, fez um gesso ali que eu não gostei... Eu achei que tava esquisito. Falei com eles, tiraram, fizeram outro [...]” (Usuário 5).

“[...] se colocar no lugar do outro, acho que é mais ou menos isso” (Recepcionista 2).

“[...]... sempre tento me colocar ali na situação daquela pessoa [...]”(Clínica 5).

Quanto a essa capacidade de se colocar no lugar do outro Traverso-Yèpez e Moraes (2004 apud GIORDANI, 2008, p. 34), defendem que é preciso resgatar a subjetividade e a relação comunicativa entre profissional e usuário nos serviços prestados, o que viabilizará o atendimento, eliminando o descompromisso no atendimento, a frieza e impessoalidade patente no tratamento ao cliente. Neste sentido os profissionais das Clínicas percebem humanização também **assistência**. Mas uma **assistência** através de um trabalho amplo, envolvendo comunicação, e sacrifício pessoal, conforme pontua o profissional a baixo.

“[.]... Seremos facilitadores das relações de entendimento [...]” (Clínica 3).

“[...] é você estar do lado do seu cliente oferecendo o que você tem de melhor não poupando esforços pra isso [...]” (Clínica 4).

Ser facilitador é valorizar o diálogo, tirar as dúvidas dos usuários, é proporcionar humanização que segundo Wood (2007 apud GIORDANI, 2008 p. 34) “humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, ou seja, sem comunicação não há humanização, a qual depende da capacidade de falar e ouvir, uma vez que para humanizar é preciso valorizar o diálogo”.

Características do atendimento dos profissionais na percepção dos usuários

Os usuários quando questionados nas entrevistas por quem eram atendidos na instituição, indicaram, *médicos, atendentes (recepcionistas), psicólogos, enfermeiros e*

técnicos de enfermagem A partir de seus relatos, sobre o atendimento recebido, foram construídos três núcleos de sentido: **emergencial, cuidado e sem cuidado**.

O primeiro núcleo, **emergencial**, está relacionado ao atendimento prático realizado pelos médicos. O atendimento emergencial estaria baseado no diagnóstico e medicalização, no qual o médico só aparece para fazer o diagnóstico e a cirurgia, depois encaminha para os residentes, conforme relato do usuário, que já estava no sétimo retorno.

“O médico mesmo eu ainda não vi” (Usuário 5).

“[...] fizeram os exames deram resposta pro meu problema e solucionaram o problema” Usuário 1.

Segundo Giordani (2008, p. 66) as pessoas evitam falar quando se sentem mal no hospital, outras representam papéis de pacientes que querem agradar as equipes, se comportam de forma a agradar os profissionais, pois ser um bom paciente “tem suas gratificações”.

Ainda com a ideia de **emergência**, o usuário se queixa quanto a ausência do médico:

“[...] foi lá avisar que no outro dia ele ia operar ela, só. E depois não vi mais o profissional médico” (Usuário 4).

Neste aspecto a presença do profissional é entendida como emergencial por atuar nos momentos críticos. Devido o HUGV ser um hospital escola os usuários denominam os residentes de médico, elogiam o trabalho deles, mas ratificam que profissional mesmo é o médico, e ele é “ausente”.

Outro núcleo construído a partir da fala dos profissionais é **cuidado**. O sentido deste núcleo está relacionado ao trabalho realizado pelos psicólogos, enfermeiros, técnicos e atendentes e revela um atendimento satisfatório, no qual o usuário tem suas necessidades supridas, com respeito e compreensão, conforme relato do Usuário 2 sobre os enfermeiros e técnicos de enfermagem e do Usuário 3, comentando a respeito da recepção.

“[...] tem uns muito bom ai, que lhe trata com carinho [...]” (Usuário 2)

“[...] cheguei no balcão, pronto. Já fui bem atendida [...]” (Usuário 3).

Deslandes (2004, p. 8 *apud* GIORDANI, 2008 p.34) humanizar seria uma “assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referenciais culturais.

Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes”, portanto, um atendimento de qualidade.

Porém, mesmo o usuário declarando que há um atendimento que já satisfaz, revela que há descuido também, no atendimento. Diante disso, surge o núcleo **sem cuidado**, com um sentido de tratamento inadequado, associado ao atendimento de profissionais com dificuldade de relações humanas, ou falta de preparação para atender ao público. Principalmente no que se refere aos atendentes, mas alguns enfermeiros e técnicos também se inserem neste termo quando não oferecem um serviço de qualidade na produção do cuidado a saúde.

“[...] a pessoa é destrutada muitas vezes. Destrutada como você fosse como um objeto. [...] É mais pelo termo dos recepcionistas [...] Enfermeiros também [...]” (Usuário 2).

Diante destes sentidos, cita-se Giordani (2008, p. 14) que acredita no valor do capital humano para a produção do cuidado humanizado e considera que o profissional deve estar sempre se autoavaliando. Por isso lembra que nem sempre o cuidado desumano se dá pela falta de “*condições para um bom atendimento*”. Ainda que a estrutura predial seja importante, a medicação e os equipamentos, a autora enfatiza que o capital humano é insubstituível, nas práticas de cuidado a Saúde. É necessário o aperfeiçoamento dos profissionais que lidam diretamente com a população nos serviços de saúde.

A relação equipe - usuário

A síntese das falas dos usuários sobre a relação equipe-usuário resultou em um único núcleo de sentido: **desenvolvimento**. Assim, um dos usuários dos serviços do HUGV há cinco anos consecutivos, percebe algumas mudanças no atendimento há cerca de um ano, relata empolgado que não sabe explicar o motivo dessas melhorias.

“antigamente não, você via, o atendimento aqui era péssimo! [...] O médico, ta ligando: Tu podes vim outra semana?” (Usuário 2).

Apesar das melhorias, as insatisfações continuam presentes na relação usuário-profissional, prejudicando a qualidade do atendimento humanizado, conforme relata o usuário 5, que aguardava uma consulta para seu bebê, parecia tenso e angustiado, por que tinha sido mal interpretado no atendimento do prontuário.

“Aqui dentro é uma ótima relação. [...] só mesmo ai fora que, que eu não gostei muito não. [...]” (usuário 5).

O usuário 4 destaca que o médico, é o profissional do hospital, e pontua a dificuldade presente na relação com ele, de acordo com seu relato.

“é difícil isso aqui, porque aqui quem atende mais são os residentes, [...]” (Usuário 4).

Este relato fala de uma ausência que prejudica o vínculo entre ambos. Mas em seguida o usuário justifica a ausência do profissional de medicina, se solidariza com ele, porque são poucos profissionais contratados e que estes, os contratados, estão sujeitos a uma grande demanda de serviços.

“eu reconheço que eles não têm quase tempo. E porque eles vêm, e operam. Ai tem caso de emergência, sai pra poder atender outras pessoas [...]” (Usuário 4).

Apesar da relação usuário-profissional, estar em **desenvolvimento**, com os primeiros buscando compreender os limites dos profissionais e estes atendendo da melhor maneira possível aos pacientes, oferecendo mais tecnologia e resolução dos problemas, a ausência do profissional influencia na saúde do paciente com diminuição da qualidade, pois, sente-se inseguro conforme se observa nos relatos durante as entrevistas, sendo que a atenção integral supõe proporcionar qualidade na preservação da saúde na relação entre usuário-profissional (RIBAS, 2005, p.3).

Quanto ao usuário idoso, a relação entre equipe-usuário parece atingir a proposta da Política de humanização na qual se enfatiza a “valorização dos diferentes sujeitos”, pois, o usuário idoso relata que a relação com a equipe é satisfatória.

“com carinho sabe [...] eles procuram entender melhor o paciente, para que o paciente entenda melhor o médico. [...] Me sinto bem atendida porque eles entendem minha linguagem” (Usuário 3).

Observando as falas dos pacientes mais jovens nesta pesquisa e na pesquisa anterior, fica evidente que o usuário idoso está satisfeito com essa relação mútua, na qual ele goza de prioridades perante o Estado. Para os idosos as filas estão realmente reduzidas, é respeitado e quando tem origem interiorana, a equipe entende que é preciso abreviar a estada dele na cidade e no hospital, afinal, além de idosos é leigo. Assim afirma um atendente.

“quando vejo que é uma pessoa de mais idade, leiga ou do interior, mesmo não tendo vaga, eu já encaminho” (Recepcionistas 3).

O usuário e o atendimento

Os usuários quando entrevistados demonstraram nervosismo e pareciam temer falar dos serviços, alguns até se fixaram em dizer frases que revelam defesas.

“não tenho nem um mal pra falar”

“acho que esta tudo bem”.

Mas quando se pede para falar de melhorias eles têm algumas sugestões a dar que resultaram em um único núcleo de sentido: **investimento**. O sentido de investimento está relacionado à estrutura do Hospital, com a construção do mesmo.

“[...] mais centros-cirúrgicos, mais consultórios [...]” (Usuário 1).

O **investimento** também parece estar ligado à assistência, que é uma das prioridades do SUS (PNH, 2004, p. 10), de reduzir filas, treinar os profissionais, viabilizar a distribuição de medicamentos. A sugestão do usuário confirma a necessidade de melhoria na assistência, conforme relato do usuário 4.

“Falta muita coisa, a máquina quebra. [...] Sei que a cirurgia demorou porque faltou a... Placa teve que esperar, a platina teve que esperar. Ai teve um dia também que não teve raio-x [...]” (Usuário 4).

Um dos usuários satisfeito com o atendimento afirma que já aconteceu dos médicos se reunirem para consertar a máquina de raio-x, e reforça que as autoridades devem se empenhar mais.

“[...] porque os médicos eles fazem o que pode. “Os enfermeiros, os atendentes, os auxiliar, fazem o que pode” (Usuário 3).

Quanto às dificuldades no cuidado humanizado Souza e Ferreira (2010), identificaram limites e sentidos semelhantes na prática de humanização pela falta de recursos materiais e humanos, influenciando a sobrecarga de trabalho; conflitos de relacionamento e falta de infraestrutura, tanto para os trabalhadores como para conduzir as iniciativas de humanização.

Foi sugerido também pelos usuários que haja investimento em prioridade para obesos, pois eles sentem-se prejudicados no atendimento.

“[...] Porque aqui é o seguinte se tiver: cadeirante, deficiente e velho a gente fica por último entendeu?” (usuário 2).

Outra sugestão é que haja mais atenção por parte dos atendentes na recepção e o usuário solicita a presença do médico nas consultas, conforme relato do paciente a

seguir. A angústia desta pessoa parecia razoável, pois, já era a sua sétima consulta, e o médico nunca havia avaliado a criança.

“eu gostaria que o doutor mesmo M, avaliasse ela! [...]” (Usuário 5).

Os princípios da PNH na prática dos recepcionistas

Quanto aos princípios da PNH os discursos dos profissionais das clínicas formaram um único núcleo: **desconhecimento**.

O **desconhecimento** dos princípios da PNH por parte destes profissionais indica que não há “educação permanente” dos profissionais do SUS conforme prescreve um dos princípios da PNH 2004, em relação à “*valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente*”. Um dos recepcionistas mais experientes do hospital, durante a entrevista, intrigado com a pergunta sobre a utilização dos princípios da PNH no seu cotidiano, e não sabendo o que responder, é enfático quanto ao desconhecimento.

“[...] Agora falta você explicar o que você entende por Política de Humanização que é pra ver se eu consigo” (Recepcionista 5).

A implementação da PNH e o posicionamento dos profissionais das Clínicas

Quanto à implementação da PNH, os profissionais das Clínicas consideram que a humanização é importante, porém, não há uma prática dessa Política Pública no hospital, o que existe são pessoas responsáveis para atuar, em conformidade com a pontuação de o profissional a seguir.

“[...] só determinados serviços trabalham com ele, mas eu acho que tem que ser para todos [...]” (Clínica 1).

Diante das respostas dos sujeitos participantes, foi criado um único núcleo de sentido: **favorável**, que está relacionado a um posicionamento consciente de que a Política é viável, deve ser implantada para todos, inclusive o aluno de ciências biológicas já devia receber a disciplina sobre humanização na graduação, relata o profissional.

“na área da saúde” (Clínica 4).

A efetivação da PNH na percepção dos profissionais das Clínicas

Das falas dos profissionais das Clínicas quanto à avaliação da efetividade da PNH construiu-se dois núcleos de sentidos: **possível e impossível**. O primeiro está relacionado a instrumentos de pesquisa que podem contribuir para esta avaliação, os quais são: a entrevista e a observação. Sobre essa questão a Clínica 1 pontua a seguir.

“[...] essa própria pesquisa que você está fazendo dá pra fazer essa avaliação.[...]” e “[...] Através de qualquer observação... [...].” (Clínica 5).

Outra forma de avaliar seria a própria prática do cuidado igualitário para todos conforme relato da Clínica 4 sobre o tratamento para pacientes cancerígenos.

“o mesmo que é oferecido para o ex-presidente Lula, para a presidente Dilma”.

O segundo núcleo, **impossível**, representa a descrença total do profissional, conforme relato abaixo, que não acreditam na possibilidade devido a falta de uma Política de humanização visível a todos, diz-se que há uma equipe, porém não se vê atuando. A mesma Clínica afirma que não há uma Política de Humanização no HUGV.

“[...] ... não tem como nesse momento fazer uma avaliação... [...].” (Clínica 3).

“se eu digo que não há é porque não há” (Clínica 3).

Considerações finais

A percepção dos usuários sobre o que seria humanização, na pesquisa atual, e em relação à pesquisa anterior já aponta um aparente avanço no que se entende por humanização. Visto que anteriormente os usuários relacionaram a humanização à comunicação, em sentido mais restrito a um relacionamento de entrevista entre usuário e profissional, conforme relato do usuário *“[...] um desenvolvimento entre os médicos e a pessoa, né? Com seu paciente, o bem-estar dele pra saber [...]”* (Usuário 2), o que tende para questões informativas. Já na pesquisa atual, os entrevistados demonstraram em suas falas que a humanização estaria ligada a empatia, baseada na compreensão, respeito, e conhecimento de ambas as partes *“não é se olhar, só você olhar seu olho, mas olhar pelas outras pessoas, entendeu?”* (Usuário 2).

Nesta mesma linha de pensamento retomamos o segundo objetivo. Verificou-se que a qualidade da relação equipe-usuário parece estar em **processo de desenvolvimento**, com a percepção do usuário mais aguçada. Anteriormente, os entrevistados se detiveram em falar que a relação estaria ligada a comunicação e afeto,

agora os usuários já conseguem perceber que é necessária a participação mútua dos vários atores para se alcançar qualidade na relação, e neste aspecto a qualidade da relação está indicando melhorias.

Em relação ao primeiro objetivo de saber como os profissionais têm utilizado os princípios da PNH, o resultado foi de total **desconhecimento**, apesar de estes profissionais atuarem no HUGV há décadas deixaram a desejar em comparação aos residentes da Equipe Multiprofissional que mesmo com pouca experiência a não ser a da própria residência conseguiram identificar o princípio da *transversalidade* (PNH, 2009) utilizado em suas atividades, de forma muito tímida, o qual está associado ao núcleo de sentido, *comunicação*, valorizado em suas várias formas e atividades.

Finalmente o terceiro objetivo de analisar como a equipe de profissionais se posiciona em relação à implementação da Política de Humanização e avaliam sua efetividade. Quanto a primeira parte deste terceiro objetivo, ambos os profissionais das clínicas são favoráveis a implementação da PNH no HUGV, porém, eles acreditam que deve ser implantada para todos, inclusive é sugerido que o aluno “*na área da saúde*” receba a disciplina sobre humanização na graduação.

Apesar do posicionamento favorável dos profissionais das Clínicas quanto à implementação da PNH, fica evidente em seus relatos que não há uma participação efetiva desses profissionais na prática dessa política, diferente do posicionamento dos Gestores na pesquisa anterior, os quais eram pessoas menos experientes, apesar disso se incluíam nas propostas do SUS, ao realizar palestras, colocar caixa de sugestões ou agradecimentos e reclamações nas clínicas, pois, “*contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores de saúde e usuários é uma de suas várias atribuições*” (PNH, 2009, p.17).

Em relação ao segundo ponto deste terceiro objetivo quanto à avaliação da efetividade da PNH, os profissionais acreditam numa **possível** avaliação através de instrumentos de pesquisa como a entrevista e a observação. E também outra forma de avaliar seria a própria prática do cuidado igualitário para todos os pacientes cancerígenos como é oferecido a políticos.

Ainda sobre esta questão os outros profissionais consideraram uma avaliação da efetividade da PNH **impossível** devido à descrença total destes profissionais fundamentada na falta de uma Política de humanização visível a todos, conforme

relatou a Clínica 4 que há uma política implantada e atuante, porém, as outras Clínicas discordam, e afirmam: “diz-se que há uma equipe, porém não se vê atuando”.

Numa correlação com a pesquisa anterior os gestores foram enfáticos, ao admitir que não conseguem avaliar a efetividade da PNH pelo simples fato de não haver um programa de Humanização no HUGV. Apesar de acreditarem que há no hospital uma equipe separada para trabalhar o tema, eles dizem não ver o trabalho deles ou desconhecer. Mas admitiram que se houvesse uma política implementada, seria possível uma avaliação.

Neste sentido há uma semelhança entre estes dois grupos: Gestores e Clínicas. Eles não percebem um trabalho de humanização atuante, apenas ouvem falar que há. Isto ficou evidente nas observações realizadas durante a pesquisa e conversas no hospital, principalmente com a atual coordenadora da Política do HUGV que expôs suas propostas de trabalho e falou das dificuldades para implementar na prática a PNH, que já existe há anos no local, mas segundo ela não houve uma verdadeira adesão dos vários atores por questões diversas.

E ao concluir esta pesquisa, consideramos que a percepção dos vários atores sobre a qualidade do atendimento é a melhor possível, realizada com dedicação, esforço, falta de estrutura, falta de materiais adequados, com a necessidade de mais profissionais especializados e qualificados, porém, eles esperam que com o Hospital novo, a qualidade da assistência melhore.

Também acreditam como os vários atores da pesquisa anterior que a comunicação é essencial para um atendimento humanizado, e que é necessário mais investimento em tecnologia para assistir melhor o paciente em fisioterapia e pacientes ortopédicos; Que as várias Unidades de saúde de Manaus funcionem de acordo com o novo sistema, Sisreg, quanto à marcação de consultas e exames, pois, inúmeros pacientes continuam sendo encaminhados para o HUGV como se fosse um ambulatório. Esse procedimento gera transtorno para os vários atores dos serviços e à própria estrutura do hospital.

Referências

1. Alencar, E.M.L. **Psicologia: Introdução aos princípios básicos do comportamento**. Petrópolis: Vozes, 1986.
2. Aragão, Jaqueline Emy da Silveira ; Schuch, Niura Luci. **Receber bem: humanizando o atendimento**. In: Schuch, Niura Luci (org); Pimenta, Neylanne Aracelli de Almeida. A HUMANIZACAO DA SAUDE EM MANAUS: Coletânea de artigos. Manaus, UEA Edições. 2006.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização. Brasília, 2004.
4. Brasil, Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Programa Nacional de Humanização. Brasília, 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília, 2007.
6. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. Campos, T.C.P. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.
7. Gomes, O.R. **Análise de dados em pesquisa qualitativa**. In. Minayo, M.C.S. (Org.). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 79-107.
8. *Leite, R. S.; Nunes, C.V.; Beltrame, I. Humanização hospitalar: análise da literatura sobre a atuação da enfermagem.*
Disponível: < WWW.sobragem.org.br/sitevelho/publi/public5.pdf .>
Acesso 29/10/2010.
9. Melo, Nagila da Silva; Schuch, Niura Luci. **Humanizar: uma nova visão no atendimento hospitalar**. In: Schuch, Niura Luci (org); Pimenta, Neylanne Aracelli de Almeida. A HUMANIZACAO DA SAUDE EM MANAUS: Coletânea de artigos. Manaus, UEA Edições. 2006.
10. *Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
11. Nogueira – Martins, Maria Cezira Fantini. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
12. Oliveira, L. A.; Landroni, M. Â.S.; SILVA, N. E. K.; Ayres, J.R. de C. M. **Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo**. Ciência saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 689-698. ISSN 1413-8123.
13. Pache, D. F. **Humanização e os Hospitais Brasileiros: experimentando a construção de novos paradigmas e novas relações entre usuários, trabalhadores e gestores**. Revista Médica. Minas Gerais 2009; 19 (4 Supl 2): S1-S80.
14. Ribas E. Cuidado integral na instituição hospitalar. Prattein - **Consultoria em Educação e Desenvolvimento Social**.
Disponível em < http://www.prattein.publier.com.br/dados/anexos/125_2.pdf >
Acesso em 05/04/ 2010.
15. Sebastiani, R. In: Angeram-Camon, V.A. (Org.). **Psicologia Hospitalar-teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Laearning, 2003.
16. Santos, Vanuza Gomes dos; Schuch, Niura Luci. **A relevância da comunicação no processo de humanização em uma maternidade pública de Manaus**. In: Schuch, Niura Luci (org); Pimenta, Neylanne Aracelli de Almeida. A HUMANIZACAO DA SAUDE EM MANAUS: Coletânea de artigos. Manaus, UEA Edições. 2006.

17. Souza, K.M. O. de; Ferreira, S. D. **Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde.** Ciência & saúde coletiva, RJ.v.15, n.2, mar. 2010.

Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10/10/2010.

Recebido em 2/7/2012. Aceito em 3/11/2012.

Sobre autoras:

¹Acadêmica de Psicologia da UFAM, voluntária de Pibic.

²Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz, Professora da Universidade Federal do Amazonas –UFAM, Coordenadora de Tecnologia Social-COTS/COEX Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia – INPA.

Contato: E-mail:dmdgutie@uol.com.br