

Percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde¹

Physicians and nurses' perception of the outpatient medical care regarding humanization in health services

Antonio Ferreira Seoane

Doutor em Ciências. Assessor Técnico da Associação Saúde da Família.

E-mail: aseokane@usp.br

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Livre docente em Saúde Pública. Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

E-mail: pacfusp@usp.br

Correspondência

Antonio Ferreira Seoane

Rua do Manifesto, 2470, apto. 83, Ipiranga, CEP 04209-003, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Artigo elaborado com base na tese de doutorado de Antonio Ferreira Seoane.

Resumo

O conceito de humanização é amplo e abrange um conjunto de conhecimentos, práticas, atitudes e relações. Envolve a efetiva participação de profissionais, gestores, usuários e movimentos sociais para que as experiências compartilhadas possam proporcionar melhorias na qualidade do atendimento de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar a percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) sobre humanização nos serviços de saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, de corte transversal, realizada mediante entrevistas semiestruturadas, de outubro de 2010 a maio de 2011, e o critério de representatividade da amostra para o encerramento da coleta de dados foi a saturação do discurso. Constatou-se que a percepção dos profissionais sobre humanização tem distintos sentidos e significados variados, possibilitando a construção de categorias empíricas: a preocupação com o outro - alteridade, direitos dos usuários, informação e autonomia dos usuários e avaliação de risco. Situações comuns e particulares vivenciadas no cotidiano das unidades AMA, como o contato direto com problemas de saúde que envolvem maiores riscos aos usuários, parecem influenciar a percepção dos profissionais sobre humanização, podendo afetar a preservação dos direitos e as relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários.

Palavras-chave: Ética Institucional; Autonomia; Humanização à Saúde.

Abstract

The concept of humanization is broad and it encompasses a set of knowledge, practices, attitudes, and relations. It involves the effective participation of professionals, managers, users, and social movements so that shared experiences can provide an improved quality of healthcare. This study aimed to analyze the perception of physicians and nurses from outpatient medical care units (AMA) facilities regarding humanization in health services. This is a qualitative research, with a cross-sectional design, carried out by means of semi-structured interviews, from October 2010 to May 2011, and the sample representativeness criterion to stop collecting data was discourse saturation. It was found out that the professionals' perception regarding humanization has various senses and meanings, allowing the construction of empirical categories: concern for the other - otherness, users' rights, users' information and autonomy, and risk assessment. Usual and particular situations experienced on a daily basis in outpatient medical care units facilities, such as direct contact to health issues that involve greater risks to users, seem to influence the professionals' perception regarding humanization, and they can affect the preservation of rights and relations established between professionals and users.

Keywords: Institutional Ethics; Autonomy; Health Humanization.

Introdução

Vários têm sido os estudos sobre a humanização na área da saúde, e muitas também são as propostas para o enfrentamento das dificuldades que envolvem a humanização nos serviços. Mas o que significa humanizar? Para o popular dicionário Aurélio, humanizar significa tornar humano, tornar benévolo, humanar-se, civilizar (Ferreira, 1999). Para Gracia (2010) humanizar significa tornar as pessoas humanas, ajudar os outros a serem humanos e poderem realizar seus próprios objetivos como seres humanos. Enfim, ajudá-los a viver humanamente. Para Fortes (2004), humanizar é entender cada pessoa em sua singularidade e necessidades, criando condições para que tenha possibilidades de exercer seus anseios de forma autônoma.

Entretanto, se hoje nos preocupamos em humanizar os serviços de saúde e as relações que envolvem todos os seus atores é porque, em algum momento, as relações entre profissionais, instituições de saúde e usuários se transformaram.

Se o desenvolvimento científico, tecnológico e a superespecialização na área da saúde trazem inegáveis benefícios, contribuindo para o cuidar da saúde, por outro lado, também a desumanizam, afastando os serviços de saúde da singularidade do paciente, de suas emoções, crenças e valores. (Martins, 2001; Oliveira e col., 2006). Os profissionais tornam-se técnicos, especialistas e profundos conhecedores de exames complexos, porém distanciam-se do aspecto humano e, portanto, cada vez mais afastam-se física e emocionalmente do paciente que assistem (Gallian, 2000).

Em 2002, a preocupação com a humanização nos serviços de saúde já se observava na XI Conferência Nacional de Saúde com o título "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social" (Brasil, 2001).

Entre 2000 e 2002, realizou-se o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) que iniciou ações em hospitais com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção ao usuário hospitalar e, posteriormente, dos trabalhadores da instituição. E, em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH). Por humanização, a PNH entende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no

processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam a PNH são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Em 2006 a humanização da atenção à saúde recebeu importante reforço com a edição da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, revisada pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde (Brasil, 2009; Benevides e Passos, 2005).

Não há dúvida de que todas as iniciativas contribuíram para uma evolução qualitativa na atenção aos direitos dos usuários, incentivando a discussão e a efetivação de práticas humanizadoras no Brasil. No entanto, ainda existe um longo caminho a ser percorrido nos serviços em busca de avanços nas relações estabelecidas e também na percepção dos profissionais que atuam nos serviços de saúde sobre a humanização dos serviços de saúde (Seoane e col., 2010).

As unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) são serviços relativamente novos, implantados no Município de São Paulo em 2005 pela SMS/SP, o que nos levou a investigar a percepção de médicos e enfermeiros dessas unidades sobre a humanização na saúde.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo qualitativo, por entendermos que, como afirma Minayo (2004), esse tipo de estudo permite a verificação de um universo de valores, de crenças e de significados.

Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas, realizadas entre outubro de 2010 e maio de 2011, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Seguiram o roteiro inicial com as seguintes perguntas abertas: 1) O que você entende por humanização? 2) Como seria o ideal de um serviço de saúde humanizado? 3) Quais ações desta unidade de saúde (onde você trabalha atualmente) você considera que são ou foram ações humanizadoras? Não houve definição prévia do número de entrevistados, pois se objetivou conseguir responder às perguntas sobre humanização, atingindo-se o ponto de saturação (Minayo, 2004).

Foram entrevistados médicos e enfermeiros que atuavam em serviços de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) administradas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em parceria com a Organização Social Associação Saúde da Família. Essas unidades integradas e articuladas à rede de serviços atuam de maneira diversa às Unidades Básicas de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e atendem à demanda espontânea de agravos menores, possibilitando que os serviços de urgência e emergências tenham seus recursos destinados à assistência de maior complexidade. As unidades AMA atendem aos usuários com médicos contratados para plantões de 12 horas e enfermeiros em regime de 12x36 horas, com exceção dos responsáveis técnicos, que se encontram diariamente na unidade.

Recebemos uma lista com 34 médicos e 15 enfermeiros das unidades AMA da região pesquisada que foram convidados para participar da pesquisa por meio de solicitações feitas pessoalmente ou por telefone. Eles foram informados de que a pesquisa estaria relacionada à percepção sobre humanização dos serviços de saúde. Dos convidados, foram ouvidos dez médicos (cinco homens e cinco mulheres) e nove enfermeiros (dois homens e sete mulheres), considerando que foi atingido o ponto de saturação segundo os propósitos da pesquisa. Os outros profissionais convidados ou não atenderam à solicitação ou, quando atenderam, negaram a participação alegando falta de tempo ou falta de interesse.

O tratamento dos dados foi realizado mediante procedimentos de análise de conteúdo e a interpretação do material coletado seguiu os ensinamentos de Bardin (1977).

A análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter (por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens) indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (Bardin, 1977).

Uma das peculiaridades da análise de conteúdo é ser um meio para estudar as comunicações entre os homens, colocando ênfase no conteúdo das mensagens (Triviños, 1987).

A partir das falas dos profissionais foram organizadas categorias empíricas.

Conforme determinações da Resolução CNS/MS 196/96, que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, a cada um dos sujeitos foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como anuência para sua participação na pesquisa (Brasil, 1996). O anonimato de todos os participantes foi garantido, visando preservar a privacidade dos sujeitos, oferecendo a possibilidade de que a entrevista fosse realizada fora da unidade de saúde. No entanto, todos optaram por respondê-la no próprio local de trabalho, devidamente autorizados pelo gestor da unidade e sem prejuízo no atendimento. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Resultados e discussão

Analisando as repostas, verificou-se que a compreensão dos profissionais entrevistados sobre humanização era ampla, fragmentada e sem um conceito claro, demonstrando que o significado do termo é ainda impreciso. Sobre a palavra humanização, chamou-nos a atenção que alguns profissionais discordavam de seu significado e outros que afirmavam nunca terem ouvido essa palavra durante a sua formação:

[...] não acredito nesta palavra, o ser humano tem seu lado mau também [...] Não seria ser humano, mas seria ser cuidadoso, ser acolhedor. Eu entendo humanização só como uma palavra bonita [...].

[...] ninguém falou pra mim [...] ninguém nunca utilizou a expressão humanização [...].

A falta de definição do que seja humanização tem consonância com Deslandes (2004), que afirma que ao utilizar o termo “humanizar”, subentende-se que a prática em saúde poderia ser desumanizada, ou que não era feita por e para humanos. Tais provocações não raro ainda são feitas e revelam o estranhamento que o conceito propicia (Teixeira, 2005).

A preocupação com o outro – alteridade

A preocupação com o outro significa o respeito pelo outro, a convivência com as diferenças e a busca do equilíbrio entre os diversos pontos de vista. O contato direto com problemas de saúde que envolvem

maiores riscos aos usuários, a própria eminência da dor, faz com que, nos discursos, surja uma posição diante da alteridade, a preocupação de “se colocar no lugar do outro”:

[...] tratar uma pessoa como você gostaria de ser tratado [...].

[...] serviço de saúde igual e acessível para todos [...] É o exercício constante de alteridade [...].

[...] fazer para o outro o que um serviço de saúde poderia fazer por mim [...].

Como percepção de humanização nos discursos proferidos, a preocupação com o outro foi mencionada quando o profissional colocava-se no lugar do usuário, trazendo a noção da alteridade. A palavra alteridade vem do latim *alter*, “outro”. A alteridade refere-se à experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como outro sujeito também presente no mundo das relações intersubjetivas (Brasil, 2001). Ter compromisso, envolver-se e almejar a equidade social são atitudes que remetem à noção de alteridade (Zoboli, 2007).

Pensar a alteridade como critério fundamental da ética aplicada às situações da saúde responde às exigências de se atribuir aos pacientes a competência moral e sua posição de sujeito do próprio cuidado, consciente de si mesmo e usuário crítico dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, coloca os profissionais da área em posição de rever suas relações profissionais com clientes e demais categorias (Sadala, 1999).

Os profissionais de saúde baseiam-se na alteridade como um ideal para realização do seu trabalho. Mas, no cotidiano dos serviços, as dificuldades nas relações entre usuários e profissionais de saúde podem gerar conflitos, contribuindo para o desânimo, frustração e desinteresse no trabalho. Nesse sentido, é importante que a unidade de saúde crie uma cultura de envolvimento e de atenção para com os funcionários, para que todos sintam que, apesar das dificuldades, é importante não perder a sintonia com o outro, o que consideramos o grande desafio da humanização, pois parece certo que, apesar do desenvolvimento tecnológico, o cuidado com o próximo é cada vez mais importante e, como se trata de um processo, deve fortalecer a relação profissional-paciente.

Direitos dos usuários

Durante os discursos, os profissionais se referiram ao direito do paciente ao bom atendimento, demonstrando conhecimento do que está definido na legislação sobre o tema.

Informação

A informação foi apontada como fundamental para o usuário. Orientações sobre saúde e informações do próprio serviço foram mencionadas como relevantes para a humanização:

[...] tem que ter paciência de passar esta informação para ela e aceitar a ignorância dela em certas coisas [...].

Por meio da informação acessível, os usuários têm condições de se organizar para garantir os seus direitos e buscar melhorias para a saúde:

[...] um exemplo que eu tive, um dia eu atendi uma paciente que tinha 80 anos. Ela disse: “eu tenho a medicação, mas eu não sei ler e não tem ninguém que me ensine a fazer isto” [...].

A informação subsidiará a tomada de decisões e, portanto, é um instrumento importante para que o usuário possa exercer sua autonomia.

Para adequar-se ao direito do paciente a ser informado, não há necessidade de que os profissionais de saúde apresentem as informações em linguagem técnico-científico. Basta que sejam simples, aproximativas, leais e respeitadas, fornecidas dentro de modelos acessíveis à compreensão intelectual e cultural do paciente (Fortes, 1998).

De fato, a comunicação se torna efetiva quando garante um ambiente que promova as discussões dos problemas e estimule a participação dos usuários. Para isso, torna-se fundamental que ela se reproduza por meio de uma linguagem compreensível e simples, devendo o profissional de saúde atuar como agente facilitador. A sensibilidade e o respeito na relação profissional-usuário proporcionará uma maior responsabilidade do paciente para com o seu tratamento e, conseqüentemente, para com sua saúde, possibilitando vínculos de confiança.

Autonomia do usuário

O respeito pela autonomia do paciente foi observado no discurso de médicos e enfermeiros. Os profissio-

nais mencionaram a necessidade de compartilhar informações com os usuários sobre seus problemas de saúde, partindo do princípio de que a informação é fundamental para o exercício da autonomia, conforme verificamos nos discursos abaixo:

[...] informações sobre a doença, o prognóstico para tratamento é extremamente importante que o profissional passe esta informação de uma forma mais aberta, através de um diálogo, onde se possa ter uma sintonia de entendimento entre o profissional de saúde e o paciente [...].

[...] além de a gente estar medicalizando mais o paciente a gente não está garantindo a autonomia dele. Ele não sabe o que está acontecendo com sua própria saúde. Não sabe as possibilidades de caminhos que ele poderá ter com a sua doença. Não sabe nada. É tudo automático e tudo se repete o tempo todo. Isto não é humanizador [...].

Percebeu-se, com os discursos, que existe a preocupação dos profissionais em relação à autonomia do usuário, possivelmente, por entenderem que o paciente precisa ser informado para que possa atuar de forma mais efetiva com a sua própria saúde, em uma relação de corresponsabilidade:

[...] o usuário precisa olhar para a sua saúde de uma perspectiva diferente, voltada para a prevenção e promoção, se responsabilizar tanto quanto os profissionais para que o sistema de saúde funcione voltado para a resolução dos problemas [...].

Chama ainda a atenção que os profissionais entendem que, ao serem mais informados, os usuários poderão procurar menos os serviços de saúde e, por esse motivo, valorizam a autonomia do paciente.

[...] muito importante é a parte de orientação e informação do paciente [...] Por falta de orientação eles acabam vindo sem necessidade [...].

Parece importante analisarmos as falas em que entrevistados se colocaram a favor do maior compromisso do usuário com a sua própria saúde, falando em “mudanças de atitude”, em uma evidente preocupação com a informação e com a linguagem acessível ao paciente e no respeito em entender seu modo de vida e seus valores. Entretanto, não se observou, nos discursos, a preocupação em orientar os usuários sobre as opções do tratamento que pode-

riam ser submetidos e a possibilidade da aceitação ou recusa em seguir ou não o tratamento sugerido.

Fica claro que o respeito à autonomia do paciente está distante do seu poder de decisão, pois não se nota nas falas que, munidos de informação, os usuários tenham o direito de recusar os tratamentos ou as medidas a eles propostas. Nem que o indivíduo seja livre para procurar seu completo bem-estar, e, em caso de doença ou ações de prevenção, poderia compartilhar com os profissionais das decisões sobre o seu tratamento.

Para os profissionais entrevistados a autonomia dos usuários favorece a melhoria na aderência aos tratamentos e mudanças de comportamento. Nos discursos, a autonomia estava relacionada à melhor aderência dos pacientes aos tratamentos propostos, implicando a redução do número de vezes que poderiam procurar o serviço. Como mencionaram a grande demanda de consultas, os discursos demonstravam que o respeito à autonomia do paciente poderia gerar, nesses casos, redução das filas, na perspectiva de que os pacientes pudessem aderir melhor aos tratamentos propostos, numa relação de caráter paternalista.

A interpretação mais adequada do respeito à autonomia envolve o reconhecimento da obrigação fundamental de garantir aos pacientes o direito de escolherem, aceitarem ou recusarem a informação. O essencial está no respeito às escolhas autônomas das pessoas, e o respeito à autonomia não constitui mero ideal na atenção à saúde, mas uma obrigação profissional, assim como a escolha autônoma configura um direito e não um dever dos pacientes (Beauchamp e Childress, 2002).

Para ser prestada uma assistência, considerando a humanidade de quem é cuidado, é imprescindível uma postura mais autônoma por parte dos pacientes, como forma de assegurar seus direitos. No entanto, para que as pessoas possam cuidar bem de si, administrar o seu próprio corpo, torna-se necessário serem informadas. Só assim poderão lutar pelo que desejam e acreditam (Chaves e col., 2005).

Chamou-nos a atenção que o respeito à privacidade do usuário não foi mencionado e a própria (des)organização do serviço poderia justificar que a privacidade não é valorizada pelos profissionais quando são obrigados a atender um número muito

grande de consultas.

Por privacidade entende-se que as informações reveladas na relação profissional devem ser mantidas em segredo e somente divulgadas quando autorizadas por quem as revelou. Necessariamente, não está vinculada ao contato entre informante e ouvinte, sendo que a informação pode ser obtida por uma ou mais pessoas no âmbito do trabalho, em função do atendimento ao paciente, mas devendo, ainda assim, ser respeitado o direito do usuário à privacidade (Fortes, 1998; Francisconi e Goldim, 1998).

Avaliação de risco

De acordo com os profissionais entrevistados, as unidades estão organizadas para realizarem a avaliação de risco em todos os usuários que procuram a unidade, como forma de priorizar o atendimento dos casos mais graves. A avaliação de risco é aceita pelos profissionais que a entendem como uma ação de humanização:

[...] eu acho que a triagem vale muito quando você tem uma espera maior [...].

[...] quando você faz avaliação de risco, eu estou entendendo que é pra priorizar aquele que chegou passando mal, que vai passar na frente dos outros [...].

[...] nós, enfermeiros, estarmos direcionando o atendimento são ações que são humanizadoras [...].

[...] temos uma população muito humilde e ignorante, não digo isto por mal, mas não sabe distinguir o que é importante, o que é urgente, e a triagem ajuda a entender o processo [...] Avaliação de risco pelos enfermeiros [...].

Por se tratar de unidades que atendem casos de urgência e emergência, segundo vários relatos dos entrevistados, os pacientes eram submetidos à avaliação de risco assim que chegavam à unidade, antes da consulta médica, como forma de priorizar o atendimento aos casos mais graves. A avaliação de risco foi considerada importante pelos profissionais para a humanização e parece fundamental que os usuários apreendam esse conceito para o processo do atendimento.

O termo triagem origina do francês, *triage*, e significa classificação, seleção ou escolha. Na prestação de serviços de saúde, a triagem foi praticada nas guerras, em desastres e nas alas de emergência dos

hospitais onde pessoas feridas foram classificadas para o atendimento médico segundo suas necessidades e suas expectativas de benefício. O objetivo é sempre usar os recursos disponíveis de maneira o mais eficaz e eficiente possível (Beauchamp e Childress, 2002).

Certamente, ações como essas demandam tempo e continuidade para que possam ser absorvidas por todos os envolvidos na atenção ao paciente, mas, possivelmente, trarão retorno importante e menos conflitos no atendimento.

A realização da classificação de risco não garante melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir acordos internos e externos para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção (Brasil, 2009).

O acolhimento como dispositivo técnico-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto ao psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade (Brasil, 2001).

O cuidado a pacientes com necessidades complexas requer aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização extensiva aos familiares, com representação expressiva no processo de trabalho, assumindo importância não só devido à complexidade e particularidades de ações no cuidar, mas, também, pelos recursos materiais e humanos mobilizados, além da necessidade de interface com outros setores e sistema local de saúde (Coelho e col., 2010).

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo direcionador. De forma geral,

tem sido recomendada a utilização de protocolos que estratifiquem o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do paciente, sendo que o Ministério da Saúde tem buscado padronizar o processo de acolhimento com classificação de risco por meio da adoção de medidas que uniformizem esse processo, em todo o território nacional (Souza e col., 2011).

Os usuários necessitam de atendimento, mas cabe aos profissionais zelar para que os pacientes que se encontram em maior risco sejam atendidos primeiramente.

Considerações finais

Os profissionais da Assistência Médica Ambulatorial (AMA) entrevistados demonstram nos seus discursos a sua posição diante do outro, do paciente e, em muitas vezes, colocam-se no seu lugar. As unidades atendem casos de média complexidade e os profissionais mantêm uma relação muito próxima com a dor do paciente, justificando essa preocupação.

Durante as entrevistas, citaram a importância da valorização técnica dos profissionais, onde foi possível entender que estavam preocupados com o respeito aos códigos deontológicos profissionais, ainda que em nenhum momento tenham mencionado nominalmente os Conselhos de Classe ou a preocupação por sanções desses órgãos.

O respeito aos direitos dos usuários foi registrado nos diversos discursos quando os profissionais alertavam para a importância do respeito a esse direito, a importância do empoderamento do usuário e do acesso à informação em linguagem acessível, como forma de permitir melhor adesão aos tratamentos propostos.

O respeito à autonomia do usuário foi afirmado como direito dos pacientes, porém os entrevistados não referiram o respeito à privacidade, provavelmente em função do grande número de consultas realizadas.

A forma de abordar o usuário e de informá-lo de acordo com o seu entendimento, o aumento da tecnologia utilizada nos serviços, a exigência de

que o usuário se responsabilize pela sua saúde, a grande demanda de consultas, a maior participação do usuário nos equipamentos de saúde e as situações de conflitos geradas por essa maior participação são motivos citados que parecem aumentar a distância entre profissionais e usuários.

Com a maior participação dos usuários nas unidades de saúde, inclusive na proposta de gestão compartilhada da própria PNH, houve a possibilidade de uma aproximação da população aos serviços e às questões da saúde. Os usuários já não são somente expectadores e podem assumir posturas mais efetivas, propondo alternativas viáveis frente aos problemas identificados.

Ainda que essa convivência mais próxima entre profissionais e usuários possa acarretar conflitos, parece ser fundamental para o enfrentamento dos problemas de saúde da população e deve ser pautada pela confiança e pelo respeito às diferenças e, principalmente, pela democratização da gestão das unidades de saúde.

À medida que os usuários forem ampliando o conhecimento sobre seus direitos e tendo mais condições para o exercício da cidadania, deixarão a condição de dependência e assumirão de modo mais efetivo seu papel de sujeitos autônomos, exigindo respeito e dignidade em relação a si e aos outros (Spiri e col., 2006).

A Política Nacional de Humanização (PNH) trata de todas as questões levantadas pelos profissionais entrevistados. Os serviços de saúde necessitam reservar momentos para conhecer e discutir a PNH, as relações estabelecidas nos serviços e propor melhorias na sua organização, com a participação de todos os envolvidos.

Outro ponto importante é a formação dos profissionais da saúde que deve buscar alternativas para combinar o esperado conhecimento técnico ao desejado aspecto afetivo. Em um mundo tão individualizado e com constantes alterações das relações sociais, talvez seja esse o grande desafio na humanização dos serviços de saúde.

Contribuição dos autores

Os autores elaboraram o artigo conjuntamente.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios da ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196/96, de 9 de outubro de 1996. Sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, DF, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhaho1.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos Básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CHAVES, P. L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 38-43, 2005.

- COELHO, M. F. et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_16.pdf>. Acesso em: 7 set. 2011.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FORTES, P. A. C. *Ética e saúde*. São Paulo: EPU, 1998.
- FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.
- FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: FERREIRA, S. I.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Org.). *Iniciação à bioética*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 269-284.
- GALLIAN, D. M. C. A (re)humanização da medicina. *Psiquiatria na Prática Médica*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 5-8, 2000.
- GRACIA, D. *Pensar a bioética: metas e desafios*. São Paulo: Loyola, 2010.
- MARTINS, M. C. N. F. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.
- SADALA, M. L. A. A alteridade: o outro como critério. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 355-357, 1999.
- SEOANE, A. F.; SPINETTI, S. R.; FORTES, P. A. C. O direito à humanização da atenção à saúde. *Prima Facie*, Faro, v. 3, n. 6, p. 81-94, 2010.
- SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.
- SPIRI, W. C.; BERTI, H. W.; PEREIRA, M. L. D. Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 448-454, 2006.
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- ZOBOLI, E. L. C. P. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 316-320, 2007.

Recebido: 06/06/2013
Reapresentado: 10/12/2013
Aprovado: 17/03/2014