

HUMANIZAÇÃO NA CLÍNICA MÉDICA: RELAÇÃO USUÁRIO - PROFISSIONAL DE SAÚDE

HUMANIZATION IN MEDICAL CLINIC: REGARDING USER - HEALTH PROFESSIONAL

**MARCOS ANTÔNIO GOMES DA SILVA¹, MARIANA DE MORAIS FORTUNATO¹,
AVERLÂNDIO WALLYSSON SOARES DA COSTA¹, ELLANY GURGEL COSME
DO NASCIMENTO²**

¹ Enfermeiros Graduados no CEN/CAMEAM/UERN, Brasil

² Professora do curso de graduação em enfermagem CEN/CAMEAM/UERN, Brasil

RESUMO

Apesar dos avanços no SUS e da política nacional de humanização, ainda se observam muitos fatores desumanizantes nas instituições hospitalares, tais como a despersonalização dos sujeitos e a carência de relações positivas entre usuários e profissionais. Nessa perspectiva, o objetivo geral deste estudo consistiu em analisar as práticas humanizadas desenvolvidas no Hospital Áurea Maia de Figueiredo no município de São Miguel - RN, buscando conhecer a concepção dos usuários e profissionais acerca da importância da humanização na saúde. Trata-se de uma investigação com a utilização da técnica de observação estruturada junto à clínica médica desse hospital. Para tanto, efetuou-se uma observação sistemática do ambiente, do cotidiano do trabalho e das relações estabelecidas por todos os atores do serviço: médicos, equipe de enfermagem, assistente social e usuários (pacientes e acompanhantes). O instrumento de coleta de dados empregado foi o roteiro de observação sistematizado e a análise dos achados focalizou-se na observação do ambiente terapêutico, nas relações interpessoais e na comunicação enquanto processo de compreensão e expressão. Como resultado identificou-se que a instituição hospitalar não tem um projeto humanizado de assistência e de produção de acolhimento dos usuários no setor da Clínica Médica, assim, o atendimento das necessidades centra-se na assistência técnica, pois a atenção, a disponibilidade e a escuta qualificada constituem-se em atributos de poucos profissionais, os quais matam relações distanciadas com os usuários. Os principais problemas identificados foram relativos à comunicação, a infraestrutura e o compromisso profissional. Demonstra-se como indispensável que ações amplas sejam efetivadas no sentido de colocar em prática os princípios da Política Nacional de Humanização, coresponsabilizando, nesse processo, todos os atores envolvidos no fazer saúde.

PALAVRAS CHAVES: Humanização da Assistência, Qualidade da Assistência à Saúde, Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde

ABSTRACT

Despite advances in the NHS and the national policy of humanization, there are still a lot of dehumanizing factors in hospitals, such as depersonalization of subjects and the lack of positive relationships between users and professionals. In this perspective, the objective of this study was to analyze the practices developed in humanized Hospital Golden Maia de Figueiredo in São Miguel - RN, seeking to know the design of the users and professionals about the importance of humanizing health. This is an investigation using the technique of structured observation by the medical clinic of this hospital. Therefore, we performed an observation systematic environment, the daily work and the relationships established by all actors of the service: physicians, nursing staff, social workers and users (patients and caregivers). The instrument used for data collection, evaluation of systematic observation and analysis of the findings focused on the observation of the therapeutic environment, interpersonal relations and communication as a process of understanding and expression. As a result it was found that the hospital does not have a humanized design assistance and production host of users in the field of Clinical Medicine, thus meeting the needs focuses on technical assistance, for the attention, availability and listen qualified are some attributes of a few professionals, who kill distanced relationships with users. The main problems identified were related to communication, infrastructure and professional commitment. Demonstrate how essential that comprehensive actions to be effective in putting into practice the principles of the National Policy of Humanization, coresponsabilizando this process, all actors involved in making health.

Keywords: Humanization of Assistance, Quality of Health Care, Health Care Quality, Access, and Evaluation

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde vêm perdendo, com muita intensidade, a dimensão humana do cuidado, em especial nas Instituições Hospitalares que historicamente foram marcados pelas ações reducionistas, as quais são centradas no biológico, nos procedimentos técnicos e orientadas pelo modelo clínico hegemônico que valoriza a doença em detrimento do usuário,

distanciando-se da determinação social do processo saúde/doença (GUEDES; CASTRO, 2009).

Com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), produto da insatisfação e das lutas sociais, legitimando para a população à saúde como um direito de todo e qualquer cidadão, garantida mediante políticas públicas, assim como um modelo de serviço que opera sob os princípios da universalidade, a integralidade e a equidade valorizando a saúde e o atendimento ambulatorial (GOULART; CHIARI, 2010).

A proposta do SUS vem acontecendo em alguns espaços, mas, em outros, ainda é uma quimera (FIGUEIREDO *et al*, 2007), pois alguns retrocessos permanecem enraizados nos serviços de saúde, principalmente no espaço Hospitalar, onde se observa muitos fatores desumanizantes, tais como a despersonalização do usuário, a relação com o doente como o anonimato, as aglomerações, a precariedade da infraestrutura, materiais e instrumentos, a assistência centralizada na terapêutica medicamentosa, a falta de uma boa relação entre os profissionais e usuários, do trabalho em equipe e da gestão estratégica/participativa (SILVA; MUNIZ, 2011). Urge a necessidade de repensar novas práticas que venham a substituir o reducionismo prevalecente nas ações de saúde, melhorando a qualidade da atenção e da gestão do SUS.

Foi com esse designo que no ano de 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi criado, configurando-se como uma possibilidade de aproximar as relações entre os atores envolvidos e ter-se como sustentáculo a assistência do SUS. Posteriormente, no ano de 2004, o Ministério da Saúde avança, publicando a Política Nacional de Humanização em Saúde no Brasil (PNH) (FERREIRA, 2011).

Levando em consideração tal problemática, a pesquisa teve como objeto de estudo a assistência humanizada com enfoque nas relações estabelecidas no serviço de saúde. Logo, o objetivo do estudo foi analisar as práticas humanizadas no serviço de saúde do Hospital Áurea Maia de Figueiredo no município de São Miguel - RN, buscando verificar a concepção que os usuários e profissionais apresentam acerca da importância da humanização na saúde. Debatendo sobre a prática da assistência humanizada no ambiente hospitalar é de grande relevância para a sociedade devido à necessidade de se implantar essa atitude nesse espaço, onde as práticas curativistas, reducionistas e individualizadas permanecem solidificadas e desarticuladas de outras maneiras de intervir no indivíduo.

MÉTODO

Desenvolveu-se uma investigação com a utilização da técnica de observação estruturada junto a Clínica Médica do Hospital Áurea Maia de Figueiredo no Município de São Miguel – RN. Nessa perspectiva, efetuou-se observação sistemática do ambiente, do cotidiano do trabalho e das relações estabelecidas pelos atores do serviço, com um roteiro de observação sistematizado, o qual foi colocado em prática a partir da integração do observador com o serviço de saúde, norteando assim, toda conduta do observador no campo da pesquisa.

O público alvo englobou os atores do serviço: médicos, equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), assistente social e usuários (pacientes e acompanhantes) que se encontravam na instituição no momento das observações. Foi possível analisar indicadores do contexto da humanização como, por exemplo: a forma como os usuários eram acolhidos no serviço; como se dava a relação usuário/profissional de saúde e como o serviço procurava se adequar as necessidades dos usuários no sentido de proporcioná-los uma assistência de qualidade.

Durante a coleta observaram-se comportamentos espontâneos e linguagens verbais e não verbais dos participantes, visando dimensionar a percepção que os profissionais e usuários possuíam acerca da humanização. Realizaram-se ainda anotações e observações sobre os fatos, como: situações, falas, comportamentos, inquietações dos usuários, organização e produção do serviço, relação entre usuário e serviço e aspectos ambientais. Vale destacar que, primeiramente, realizou-se a descrição dessas observações e, só após, a elaboração dos comentários críticos, relacionando-os com o referencial teórico pesquisado. A análise dos dados focalizou-se na observação do ambiente terapêutico, nas relações interpessoais e na comunicação, como o processo de compreensão e expressão.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, com protocolo N° 010/2009, e as observações transcorreram no período de 26 de outubro de 2009 a 20 de janeiro de 2010, aos sábados pela manhã e uma vez por semana à tarde, de acordo com a demanda do serviço. Os registros de campo foram realizados continuamente em um diário no próprio serviço, quando não era possível, efetuava-se, imediatamente, após a observação fora do âmbito hospitalar.

RESULTADOS

O Hospital Áurea Maia de Figueiredo, Inaugurado na década de oitenta e localizado no município de São Miguel – RN, é a única instituição hospitalar da cidade, gestão e gerência municipal, configura-se como de pequeno porte e com uma estrutura física espaçosa. Essa instituição representa a principal porta de entrada para o serviço de saúde na região serrana, pois atende os usuários da sede e mais duas cidades circunvizinhas, além de prestar assistência à pacientes que residem na zona rural de alguns municípios do estado do Ceará.

O hospital conta com 33 leitos distribuídos no setor da observação e nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Pediatria. Dispõe de Raio X e oferece os serviços de Nutrição e Dietética, Lavanderia, internamento e atendimento ambulatorial. Diante dessa realidade, alguns procedimentos como exames laboratoriais, ultrassom e fisioterapia são fornecidos pelo município no Centro de Especialidades Médicas (CEM), enquanto outros procedimentos de maior complexidade são referenciados para outros centros como Pau dos Ferros, Mossoró e Natal. O setor ambulatorial, segundo registros coletados na triagem, conta com uma média de 40 consultas diárias, caracterizadas pela procura da população por atendimento básico como consultas eletivas, realização de curativos, administração de medicamentos, verificação da pressão arterial, entre outros.

O organograma do hospital é constituído da diretoria administrativa, do corpo clínico e da diretoria de enfermagem, sendo que a gerencia da enfermagem e a direção administrativa é exercida pelo enfermeiro, o qual também é responsável pela direção do hospital, da equipe de enfermagem e da assistência de enfermagem em todos os setores do hospital.

A parte externa do hospital, como jardins e estacionamento assim como o setor de urgência/emergência oferecem maior conforto físico aos usuários e facilidade de acesso, enquanto as enfermarias das clínicas estão com instalações físicas precárias, leitos enferrujados, falta de colchões e suportes para soro, banheiros quebrados e em más condições de uso.

O setor da Clínica Médica é compreendido por quatro enfermarias, sendo que três destas são femininas, contendo sete leitos ao todo, e uma masculina com seis leitos. Nesses espaços têm uma mesinha de cabaceira, mas não há armários disponíveis para os usuários colocarem seus pertences pessoais nem cadeiras suficientes para acomodar todos os acompanhantes.

O posto de enfermagem tem uma bancada grande de mármore para o preparo dos medicamentos e um armário para guardar os materiais e medicamentos. Não há solicitação de medicação, a mesma é adquirida no armário do posto conforme a prescrição médica. O local encontra-se organizado e higienizado, o destino do lixo e dos materiais perfurocortantes segue as normas de segurança. A frente do posto de enfermagem há um balcão usado para escrituração e para guardar impressos, nesse mesmo local são realizadas prescrições médicas e as anotações de enfermagem.

Os procedimentos de curativo, lavagem intestinal, passagem de sonda, entre outros, são realizados no leito, não havendo separação entre curativo limpo e contaminado. A privacidade do paciente não é observada, pois apesar de existirem biombos não são adotados na conduta de alguns profissionais, promovendo a realização dos procedimentos diante dos outros pacientes da enfermaria e seus acompanhantes. Destaca-se que o hospital não costuma lotar, mas possui uma média de oito a dez pacientes sob os cuidados da enfermagem, sendo esse contingente dividido entre os dois profissionais de plantão. Salienta-se que a supervisão do serviço é realizada pelo Enfermeiro em todos os turnos.

Com relação aos pacientes há uma predominância de indivíduos do sexo feminino, dos 48 usuários internados no período da pesquisa 75% eram do sexo feminino, sendo que desse número de internos 25% eram idosos e 75% residiam na zona rural, as principais causas dos internamentos estavam relacionados a problemas no sistema respiratório e digestivo. Os usuários, em sua maioria, eram de baixo nível socioeconômico.

No que tange os profissionais de saúde de nível superior, pôde-se observar, mediante o contato com usuários, as conceituações sobre a humanização, prevalecendo às condutas que vão além do cuidar e do ouvir; Já os profissionais de nível médio, técnicos e auxiliares de enfermagem, a concepção ficou limitada apenas ao cuidar, ao ouvir e ao medicar, muitas vezes de forma impessoal. Verificou-se dificuldade de socialização entre os usuários e os profissionais de saúde, fato esse atribuído, possivelmente, ao grau socioeconômico e educacional dos sujeitos, o que nos permite compreender que, em decorrência desse fator, lhes faltam conhecimentos de seus direitos como cidadãos.

Quanto à infraestrutura em alguns lugares as paredes estão mofadas, os banheiros encontram-se com problemas no chuveiro, pia e descarga, além de ser pequeno e não dispor de nenhuma adaptação para os idosos e deficientes. Os leitos acham-se em estado regular, alguns desses não têm armário de cabeceira para que os pacientes possam guardar seus pertences, não acontece a desinfecção do leito no intervalo da alta à admissão e não há lençóis disponíveis para todos os pacientes.

Soma-se a essa realidade, o fato das enfermarias não disporem de aparelhos audiovisuais, TV e som, o setor é pequeno, não oferecendo espaço para os pacientes deambularem. Em termos de equipamentos hospitalares, medicamentos e outros utensílios (seringa, sondas, materiais para curativos), a instituição porta dos mesmos para suprir a demanda, no entanto no que concerne a equipamentos de apoio diagnóstico, o hospital possui uma sala de raio X, mas é destituído de laboratório de análises clínicas e especialidades médicas fundamentais.

No tocante a limpeza é realizada diariamente e quando necessário, tanto nas enfermarias, banheiros e corredores. A alimentação é considerada de boa qualidade e é fornecida aos pacientes e acompanhantes em quantidades suficientes.

Em relação aos recursos humanos, a clínica médica dispõe de 02 técnicos de enfermagem que dão cobertura a todas as enfermarias e um enfermeiro que também presta assistência nos outros setores do hospital. O enfermeiro da instituição é responsável pela parte administrativa e assistencial, ele coordena o trabalho realizado pela equipe de enfermagem e articula-se entre as prescrições do médico e a transmissão das informações aos auxiliares e técnicos de enfermagem. Contudo, percebe-se a ausência de metas que priorizem a qualidade da assistência, a humanização das condições de trabalho e a satisfação dos trabalhadores com à saúde.

O profissional médico realiza visitas diárias às enfermarias ou quando ocorre alguma intercorrência grave, evolui o paciente e decide pela sua permanência ou não na instituição. Vislumbra-se que o processo de trabalho de alguns desses profissionais não se opera na perspectiva da tecnologia leve, ou seja, na dimensão relacional, onde está presente o vínculo, a valorização da subjetividade e, sim, na dimensão das tecnologias leve-duras e duras, através de condutas totalmente normatizadas.

Durante o período de observação ficou constatado que o acolhimento ocorre de forma impessoal, o usuário adentra na clínica deambulando ou em cadeira de rodas e os profissionais limitam a assistência à administração das medicações prescritas pelo médico, não ocorrendo nenhuma abordagem sobre as reais necessidades dos pacientes e familiares.

A maioria das admissões registradas no setor é oriunda do Pronto Atendimento, não foram registradas admissões por intermédio de consultórios privados e tão pouco encaminhadas pela Unidade Básica de Saúde. Um fato importante é que a maioria dos registros de enfermagem é efetuada por auxiliares e técnicos de enfermagem e a sistematização da enfermagem parece não estar implantada na unidade. Logo, observa-se que essa instituição hospitalar, pela natureza da sua configuração, no tocante a estrutura física,

organograma de atendimento e serviços oferecidos, apresenta particularidades inerentes às demais instituições que, na maioria das vezes, dificultam de forma direta a qualificação e a humanização dos serviços prestados aos usuários.

DISCUSSÃO

Com base no material obtido durante as visitas as observações foram agrupadas pelas principais ideias, sentimentos, indagações dos atores que revelaram suas percepções sobre assistência humanizada no serviço de saúde. Emergiram os seguintes itens temáticos para discussão: as práticas de humanização existentes nesse setor; comunicação como ferramenta de humanização; infraestrutura versus atendimento humanizado; compromisso profissional e personalização do atendimento.

Evidenciou-se situações que se distanciam de uma atenção humanizada foram percebidas, pois atitudes como, acolher e assistir o usuário de modo impessoal, monitorar, promover controle terapêutico, promover o bem estar dos pacientes e familiares, sua autonomia e, sobretudo, dar resolutividade tanto aos seus problemas biológicos como também aos psíquicos e sociais, não foram visualizadas.

O despreparo e a pouca interação entre os profissionais da equipe, a discreta abertura aos usuários para expor suas opiniões, a ausência de um processo terapêutico voltado para atender a singularidade do paciente, aliada a estrutura precária de alguns espaços no hospital, são fatores que diminuíram a percepção do pesquisador sobre as ações humanizadas. Entrementes, ações pontuais de poucos profissionais, como acolhimento, empatia, informações acerca do tratamento e diálogo com os acompanhantes puderam ser verificadas durante a permanência no campo. Apreende-se que os profissionais da equipe de enfermagem relacionam a humanização em saúde como uma política que propicia o resgate de características humanas durante o ato de cuidar, como a empatia. Já os usuários relacionavam a humanização com o ato de cuidar, ouvir, de se colocar no lugar do outro a fim de melhor compreender suas vivências, suas experiências e sentimentos. Nesse contexto, temos que profissionais e usuários, em especial os profissionais, não têm conhecimento da complexidade que é a política de humanização, haja vista que a humanização em saúde vai além do modo de escutar, dialogar, cuidar, preconiza a valorização dos próprios trabalhadores da saúde, das estruturas físicas dos serviços e da organização destas instituições (GARCIA *et al*, 2010).

Humanizar é atentar as necessidades do usuário no momento de orientar e efetuar um procedimento, respeitando-o e construindo um processo dialógico, pelo qual a participação do paciente vai acontecendo, permitindo a construção de vínculos. Neste meio tempo, a

autonomia dos usuários é garantida, pois nesse processo os seus saberes e verdades bem como as suas necessidades serão ouvidas, consideradas e atendidas (GUEDES; CASTRO, 2009).

Tudo isso deve ser articulado com as tecnologias leve-duras que incorporam os saberes bem estruturados, como a clínica médica e a epidemiologia, as quais operam no trabalho em saúde; e a dura que, por sua vez, se apropria de objetos concretos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (GARCIA *et al*, 2010).

O conceito de humanização, na perspectiva dos profissionais de saúde, encontra-se extremamente arraigado a valores afetivos, a sensibilidade, o respeito, a empatia no ato de cuidar. No entanto, faz-se necessário ressaltar e problematizar o fato de que a política de humanização projeta-se para além destes aspectos do humanismo, uma vez que ela considera a necessidade não só de melhorar o acesso, o acolhimento e o cuidado prestado, mas também o modo de gerir e administrar as práticas de saúde com vistas a qualificar os serviços.

De tal modo, a humanização está muito enfatizada na figura pessoa-cliente, disponibilizando pouca atenção ao cuidado e a humanização do sujeito-trabalhador. É importante aprofundar estudos e pesquisas que envolvam a equipe multidisciplinar, visando clarificar os princípios, métodos e diretrizes que fundamentam a Política Nacional de Humanização, pois esta envolve tanto o cuidar quanto o gerir dos processos de trabalho em saúde, para que assim se alcancem mudanças individuais e coletivas, pessoais e estruturais nas organizações dos serviços de saúde (GARCIA; FERREIRA; FERRONATO, 2012).

Nessa perspectiva, faz-se importante encontrar os porquês da permanência dessa visão e prática circunscrita. Nesse meio tempo, dois fatores sobressaem-se: A não compreensão da Política Nacional de Humanização (PNH) e a deficiência no processo de formação em saúde.

Certamente, se os profissionais de saúde compreendessem a PNH teriam uma visão mais ampliada do significado da assistência humanizada bem como de sua relevância, visto que essa política materializa em termos práticos e claros o conceito resignificado, a importância, a implementação, os modos de se fazer, os princípios norteadores, os objetivos, além de tornar legal a efetivação da humanização em todos os serviços de saúde, já que ela deve operar transversalmente em todas as redes. A não compreensão da PNH também é presente na pesquisa de Silva e Silveira:

Os profissionais desconhecem a Política Nacional de Humanização, como também o Sistema Único de Saúde, e, como o próprio nome já diz, é o único sistema de saúde vigente no país, seja na assistência pública, privada ou filantrópica. Esse fato contribui diretamente para o

despreparo durante a atuação, no sentido de atender às necessidades do SUS e da população (2008, p. 1541).

Integrar a formação em saúde a essa discussão faz-se necessário, visto que ela é responsável por direcionar as formas de pensar e agir dos estudantes e, conseqüentemente, dos futuros profissionais de saúde. Se hoje se percebe, em maioria, profissionais que não compreendem a humanização no seu sentido maior, provavelmente, isto seja reflexo de um processo de formação deficiente no que se refere à humanização do atendimento, bem como do pouco valor que os meios educativos estão dando para essa temática nos seus espaços de aprendizagem.

Do mesmo modo, é preciso expressões ideológicas redirecionar o discurso da formação acadêmica para inserir o cuidar em todos os seus aspectos, uma vez que as instituições educacionais ainda privilegiam as metodologias conservadoras e hegemônicas, muitas das quais descontextualizadas da realidade vivida pelos educandos e mais interessadas na parte fisiopatológica e técnica do processo saúde-doença. Expressões assim são ideológicas, a necessidade de reorientação e revisão dos currículos, pois não basta à existência de uma política transversal, como é a da humanização, se não houver profissionais competentes e comprometidos com as mudanças propostas pelo SUS (GARCIA; FERREIRA; FERRONATO, 2012).

Para tanto, é necessário oferecer aos profissionais, independentemente da categoria a que pertencem, capacitações por meio da educação permanente, pois as necessidades de saúde são diversas e dinâmicas e, dessa forma, os profissionais precisam estar reaprendendo, superando conceitos, recriando possibilidades e aproximando-se das novas discussões e descobertas no campo da saúde.

A promoção de um ambiente hospitalar agradável e acolhedor constituem-se como fator primordial para boa percepção do usuário acerca do serviço. O ambiente exerce forte influência sobre os indivíduos e pode estimular ou inibir a interação entre os envolvidos, engloba espaço físico, as pessoas que interagem nesse contexto, o mobiliário, o arejamento, a temperatura, os ruídos e as condições de espaço (TRAJANO; CUNHA, 2011).

Assim, pensar em humanização do cuidado implica em pensar nas condições do ambiente, isto é, investir para a recuperação das instalações físicas das instituições, manutenção e troca dos aparelhos tecnológicos, visando melhorar a infraestrutura e, dessa maneira, promover ao serviço condições para proporcionar ao usuário um atendimento integral e de qualidade. A dimensão interacional, traduzida na forma de atenção, cortesia, delicadeza, prontidão, solicitações e comunicação mais efetiva, é determinante para a

satisfação e qualidade do atendimento. A questão do bom atendimento, apesar de ser multifatorial e pessoal, não se refere somente aos procedimentos, às tecnologias e aos medicamentos adotados para a recuperação dos usuários, mas sim, aos aspectos interacionais e humanos do cuidado (FERNANDES; LIMA; RIBEIRO, 2012).

Nesse contexto, a comunicação se configura no serviço de saúde como uma ferramenta fundamental que proporciona entre o profissional-paciente construção de vínculo, o qual é necessário para haver boa qualidade de atendimento. Essa articulação comunicativa deve permear o processo desde o acesso, o cuidado, o tratamento, passando pelo diagnóstico até a fundamentação dos processos de trabalho.

Salienta-se que a ausência de um plano de acolhimento, consubstanciado pela rotina do serviço, impossibilita a realização de uma admissão centrada no paciente, com vistas a fomentar suas necessidades, e se constitui como fator dificultador na realização de uma assistência centrada nos princípios da humanização (ZOMBINI *et al*, 2012). Acresce que no ato de cuidar é visualizada maior ênfase ao processo técnico e ao tratamento terapêutico, seguindo uma rotina de trabalho onde se evidencia uma assistência direcionada a proporcionar alívio imediato dos sinais e sintomas, não havendo preocupação em oferecer conforto, apoio e promoção à saúde do paciente. Logo, o “mecanicismo e a robotização” das ações dos profissionais de saúde tornam o cuidado ao paciente impessoal, impositivo e fragmentado, dificultando a prática de uma atenção humanizada e constituindo-se nos principais obstáculos à implementação da Política de Humanização em Saúde (TRAJANO; CUNHA, 2011).

O processo de trabalho na instituição segue o modelo funcional de abordagem científica da administração, numa concepção de trabalho hegemônica e racional, onde está presente o modelo de trabalho taylorista que supervaloriza os procedimentos técnicos em detrimento do usuário, passando os profissionais a serem responsáveis não pelos pacientes e sim pelos procedimentos. Assim, o trabalho é parcelado, fundamentado no modelo cartesiano, permeado por relações interpessoais entre os membros e marcado por práticas rotineiras, repetitivas e mecanizadas, de modo a garantir a realização da prescrição médica, evidenciando a relação de poder entre os profissionais (GARCIA; FERREIRA; FERRONATO, 2012).

Identificou-se que o trabalho se organiza numa dissociação entre o cuidar e o curar, sendo o curar caracterizado pelo trabalho intelectual de natureza médica e o cuidar executado pela equipe de enfermagem. As atividades assistenciais são realizadas principalmente por profissionais de nível médio, pois o enfermeiro se ocupa de cuidados que são de sua atribuição exclusiva.

Quanto ao pouco tempo disponibilizado na visita médica, percebeu-se que isso tem influenciado na obtenção das informações acerca do quadro clínico do paciente e sobre resultados diagnósticos, conseqüentemente, não se cria espaço para a prática da produção de subjetividade. O clínico necessita conhecer as necessidades de seu usuário quando tem como critério valorativo o restabelecimento integral do mesmo. Portanto, a prática clínica deve contribuir para aproximação do usuário com o processo saúde-doença, e não reduzi-lo apenas a dimensão biológica, empobrecendo assim à assistência que acaba se limitando a doença, ao diagnóstico e ao tratamento (SCHIMITH *et al.*, 2012)

Vale salientar que se constatou a ausência de espaços de discussões no ambiente de trabalho, pois a racionalização, a mecanização e a sobrecarga de atividades não oferecem condições para que os trabalhadores possam exercer suas funções de forma compartilhada, contextualizada, intersetorial e interdisciplinar. Por conseqüente, para que o processo de trabalho se desenvolva na perspectiva da humanização, a instituição precisa dar maior autonomia para que as equipes multiprofissionais elaborem e realizem as atividades, responsabilizem-se pelos projetos terapêuticos, pelo acompanhamento dos usuários e pelo processo de cura, segundo as necessidades desses e não de acordo com os interesses pessoais (TRAJANO; CUNHA, 2011).

Para fins de análise, deixa-se a certeza de que humanizar não depende apenas de valores humanos, nem de ações isoladas, mas implica na transformação do próprio modo como se concebe o usuário, de passivo aquele que compartilha saberes, que desfruta do direito de ser usuário de um sistema que garante ações técnicas, políticas e éticas, desempenhadas por profissionais responsáveis que consideram o conceito ampliado de saúde em suas práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição hospitalar Áurea Maia de Figueiredo do Município de São Miguel – RN pode se beneficiar com um projeto humanizado de assistência e de produção de acolhimento dos usuários no setor da Clínica Médica, assim, o atendimento das necessidades, centra-se na assistência técnica, pois por mais que se tenha percebido, em alguns momentos, o relacionamento interpessoal produzido pela equipe, observou-se que a atenção, a disponibilidade e a escuta qualificada se constituem em atributos de poucos profissionais.

Destaca-se que os principais problemas identificados foram relativos à comunicação, a infraestrutura e o compromisso profissional. Além do mencionado, os usuários exercitam

muito pouco os seus direitos, principalmente o direito de serem atendidos pelos serviços públicos, colocando-se numa situação de submissão frente à instituição de saúde.

É importante ressaltar que as críticas lançadas às normas e rotinas do setor hospitalar não tem o objetivo de extingui-las, pois são necessárias para a organização do trabalho, mas essas atividades não podem ser colocadas como essenciais ou prioritárias em detrimento das necessidades dos usuários. A temática humanização envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais até os microespaços de atuação profissional, nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se fazem presentes.

Sendo assim, falar em possibilidades para a concretização de ações humanizadas é direcionar-se à diversas questões, tais como: a intersetorialidade no cuidado; o trabalho em equipe bem executado, isto é, mediante a comunicação, a solidariedade, a troca de saberes e de experiência, a interdisciplinaridade para o alcance de uma atenção ampliada que compreende os determinantes sociais do processo saúde/doença; a ambiência no serviço; a criação de vínculos; o compromisso político com a saúde da população e a valorização profissional perante a oferta de capacitações, remuneração e carga-horária adequadas.

REFERÊNCIAS

SILVA, Isabella Dantas da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 1535-1546, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700089&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 mar 2013.

GUEDES, Heloísa Helena da Silva; CASTRO, Marina Monteiro de Castro. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em Saúde. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 12, n.1,p. 4-6, 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10035/8770>>. Acesso em: 03 mar 2013.

GARCIA, Adir Valdemar et al . O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-834, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2011.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 255-268, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031>.

Acesso em: 01 mar 2013.

FIGUEIREDO, Nébia; TONINI, Tereza (org). *SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva*. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

FERREIRA, Cristiane Lopes. *Humanização e gestão estratégica numa instituição de pesquisa: o caso do IPEC*. Dissertação (Mestrado) – Manguinhos/RJ, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

SILVA, Nair Monteiro da e MUNIZ, Helder Pordeus. Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 821-840, 2011. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v11n3/artigos/pdf/v11n3a06.pdf>>. Acesso em: 02 mar 2013.

GARCIA, Maria Alice Amorim; FERREIRA, Fernanda Proa; FERRONATO, Fernanda Avenoso. Experiências de humanização por estudantes de medicina. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 87-106, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000100006&script=sci_arttext>.

Acesso em: 05 mar 2013.

TRAJANO, Ana Rita Castro; CUNHA, Daisy Moreira da. Processo de trabalho no samu e humanização do sus do ponto de vista da atividade humana. *Trabalho Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 113-136, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000400006&script=sci_arttext>.

Acesso em: 02 mar 2013.

FERNANDES, Flávia Saraiva Leão; LIMA, Beatriz de Souza; RIBEIRO, Maria Nazaré. Welcoming with Risk Classification in the Hospital São Paulo's Emergency Department. *Acta Paulista Enfermagem*. São Paulo, v.25, n. 2, p. 164-168, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900026&script=sci_arttext>.

Acesso em: 01 mar 2013.

ZOMBINI, Edson Vanderle *et al*. Classe hospitalar: a articulação da saúde e educação como expressão da política de humanização do SUS. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 71-86, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981->

77462012000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 mar 2013.

SCHIMITH, Maria Denise *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trabalho Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479-503, 2011.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300008&script=sci_arttext >. Acesso em: 05 mar 2013.