

A HUMANIZAÇÃO NAS UNIDADES ESTADUAIS DE SAÚDE EM MANAUS: ASPECTOS FUNDAMENTAIS NO ESTABELECIMENTO DE UM MODELO DE ATENDIMENTO HUMANIZADO

Niura Luci Schuch²⁷

RESUMO: Este artigo se propõe a examinar questões importantes para o entendimento da necessidade da implantação de um atendimento humanizado nas Unidades Estaduais de Saúde em Manaus. Entendendo humanização como um processo que promove a melhoria da qualidade de vida daqueles que procuram e dos que atuam nas instituições hospitalares, realiza-se um breve aporte teórico sobre conceitos necessários à compreensão do tema e ao entendimento do modelo proposto. Conclui-se com a proposta de um modelo de atendimento humanizado para os setores de registro e recepção. Enfatizam-se a importância da criação de consultorias psicológicas, de equipes multidisciplinares e de equipes de apoio para a efetivação da implantação da humanização.

PALAVRAS-CHAVES: Humanização, modelo de atendimento humanizado, consultorias psicológicas, equipe multidisciplinar e de apoio.

ABSTRACT: The article examines important questions for the understanding of a service humanized in the State Unities of Health in Manaus. One concludes with the proposal of a model of service humanized for the sectors of register and receptions.

Key words: Humanization, model of service humanized, multidisciplinary group and of support

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com base nos avanços da pesquisa médica psicológica e fisiológica, define saúde como “[...] *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*” (OMS, 2002),

²⁷ Psicóloga, Mestre em Psicologia, Professora de Universidade do Estado do Amazonas, Coordenadora do Projeto Humanização das Unidades Estaduais de Saúde em Manaus. “Amigos da Saúde”. E-mail: niurals@hotmail.com ; amigos_saude@hotmail.com.

oportunizando, o surgimento de uma nova maneira de pensar sobre saúde e doença, implicado em uma complexidade maior de conhecimentos.

Esta nova conceituação exigiu um processo de especialização, a definição de novas áreas de atuação, o aparecimento de vários grupos de profissionais e a criação de um novo modelo de atenção.

Este artigo expõe sobre aspectos fundamentais para a instalação efetiva da humanização nas Unidades de Saúde Estaduais, em Manaus, comentando colocações bibliográficas ao mesmo tempo em que registra e analisa situações vivenciadas durante a realização do projeto Humanização das Unidades Estaduais de Saúde em Manaus - Amigos da Saúde.

1 APORTE TEORICO

1.1 A Humanização do atendimento no curso da história

Com a finalidade de conceituar humanização, se examinará a história das práticas médicas desde os princípios hipocráticos até o surgimento da bioética.

Já na época hipocrática, a Medicina tinha por objeto o homem doente em sua totalidade, onde o temperamento do doente e sua história de vida deviam ser valorizados na compreensão do adoecer. A doença era concebida como uma reação global do indivíduo que compreendia tanto o seu corpo físico quanto o seu espírito. A intervenção terapêutica deveria estabelecer a harmonia perdida do homem com o seu meio e com ele mesmo. Hipócrates, nascido em 460 a.C. enfocou, também, uma questão essencial: a importância da relação médico-paciente.

No decorrer de séculos, grandes transformações ocorreram no campo médico. No entanto, no século XIX a visão humanística da Medicina ainda dominava, pois o médico era conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria. Desta forma, sabia que curar não

dependia apenas da técnica, mas, era uma condição humano – científica, algo que envolvia vários aspectos: biológico, cultural, psicológico.

Segundo Gallian, (2000), a partir da segunda metade do século XIX, entretanto, as descobertas da microbiologia e da patologia levaram a profundas transformações na ciência médica, uma vez que na medida em que o prestígio das ciências experimentais foi crescendo, o das ciências humanas se esvaziava, no meio médico.

Segundo Martins (2001) nesse processo, o doente foi perdendo suas marcas para passar a ser objeto do saber reconhecido cientificamente. Assim perdeu sua identidade, seu nome, passando a chamar-se, ou o número de seu leito, ou sua patologia, ou ainda, outro codinome com que a equipe de saúde lhe reconhecia, ou que descrevia alguma observação realizada. Se, a marca individual, nome e sobrenome são desprezados, quanto mais à identidade social e psicológica.

Nessa época, a Medicina perde seu caráter humanista devido a enorme influência que a prática médica sofre de uma visão reducionista e mecanicista, tanto do Homem, quanto da Ciência. Para Schraiber (1993), Troncon e cols. (1998) o ato médico se desumanizou e passou a se configurar como mero repetidor dos conhecimentos científicos, entrando na produção em série, uma vez que, o sujeito da ação médica era visto como instrumento de aplicação de conhecimentos e, anos mais, como um ser humano com identidade, preocupações, desejos e temores.

Nesse contexto, ocorrem transformações na formação médica, cada vez mais especializada, que fizeram com que condições de trabalho passassem a restringir a disponibilidade do médico para o contato com o seu paciente. Isto proletarizou o médico, de acordo com o que afirmam Nogueira-Martins (1998), que complementam dizendo que a atual condição do exercício da Medicina, não tem contribuído para a melhoria do relacionamento entre médicos e enfermos.

Para Caprara & Franco (1999), a formação dos profissionais da saúde enquanto restrita ao modelo biomédico, está impossibilitada para considerar a experiência do sofrimento como integrante da relação profissional.

A proposta do modelo biopsicossocial se faz necessária e imprescindível quando se pretende desenvolver um atendimento humanizado.

1.2 Modelo biomédico e modelo biopsicossocial

O tradicional modelo biomédico cede lugar ao Modelo Biopsicossocial de atenção, que vê a saúde e a doença como produtos de uma combinação de fatores que incluem características biológicas, fatores comportamentais, psicológicos e condições sociais. (APA, 2002.)

Entretanto, o impacto no processo de transição de um modelo para outro, ainda não está concluído, pois se observa que as Instituições, os profissionais de saúde e até mesmo, a clientela mantêm internalizado o Modelo Biomédico, calcado nos princípios de causalidade linear, análise e generalização, tendo como foco, o corpo, a doença, a lesão.

Embora, o Modelo Biopsicossocial tenha evoluído ao longo do século XX, fazendo com que, os profissionais da saúde passassem de um sistema tradicional, centrado no médico e que visava à cura da doença, para um modelo que inclui diferentes categorias profissionais, cada uma com conhecimento, habilidades técnicas e perspectivas distintas, e, que têm como objetivo, a promoção da saúde, o que se observou, em geral, foi um grande contingente de profissionais, elaborando suas identidades no cotidiano das Instituições de saúde, tentando uma organização, como conjuntos interdependentes de especialidades.

1.3 Equipe multiprofissional

Moniz (2003) define Equipe Multiprofissional de saúde como uma associação de pessoal da saúde, de formação diversa, justificada por possuir um fim último, como responsabilizar-se pela saúde global de um indivíduo e de sua comunidade.

Esse enfoque, contudo, apesar de global, pressupõe não apenas a somatória das diversas práticas, mas sua integração através da construção coletiva de um saber mais amplo e próprio, de uma equipe, que discuta a possibilidade de articulação da atuação de diversos profissionais da saúde, de modo, a superar a fragmentação resultante da compartimentalização do conhecimento, em disciplinas estanques (DURAND, 1985).

Trabalhar em equipe multidisciplinar não significa buscar uma síntese de saberes, ou uma identidade teórica, mas criar a possibilidade de um diálogo entre profissões vizinhas que, em muitos momentos, possuem temáticas comuns, mas que mantêm a especificidade do seu saber. Assim, para qualquer formação de equipe, há necessidade de uma adequada definição das identidades profissionais (ALMEIDA, 2000).

Ainda hoje, não há consenso, entre os autores sobre que denominação mais específica dar a essa equipe multidisciplinar. Alguns a denominam de multidisciplinar, outros referem a ela como interdisciplinar (JIAPASSU, 1976; NINA, 1995; HYER & MARIANO, 1999; LONG & WILSON, 2001).

No decorrer do desenvolvimento do Projeto “Amigos da Saúde” procurou-se entender a multiprofissionalidade conforme a proposta de Turato, (2003), que a conceitua como a ocorrência de atividades realizadas entre profissionais de múltiplas especializações dentro de uma pretendida harmonia e complementaridade, num determinado ambiente de trabalho.

Quando se pratica “atos de saúde” e não “atos isolados”, se entende a multiprofissionalidade como um conjunto de ações. Para tanto, uma equipe multiprofissional implica duas dimensões do trabalho, indissociáveis: a articulação das ações e a interação dos profissionais (PEDUZZI, 1998).

a) Articulação das ações: pressupõe uma integração de trabalhos distintos considerando as conexões e interfaces peculiares às intervenções técnicas específicas de cada área profissional,

flexibilizando as fronteiras entre as mesmas, mas com a preservação das respectivas especificidades e diferenças técnicas, trabalhando numa conjugação de especificidade e flexibilidade. Há centralização das ações na obtenção dos resultados, na ação integral as necessidades de saúde da clientela.

b) Interação dos profissionais: as inter-relações e o vínculo entre os integrantes da equipe potencializam a realização da tarefa (não é um objetivo em si, porque não se trata de um grupo terapêutico e, sim de uma equipe, que utiliza a interação como meio de trabalho). Os integrantes se colocam de acordo quanto a um projeto comum, quanto ao que dizem e quanto aos valores pressupostos. Para tanto, a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício cotidiano do trabalho.

Desta forma, se entende o trabalho multiprofissional: profissionais interagindo entre si, desde uma simples comunicação de idéias até a integração real de conceitos, terminologia, metodologia e procedimentos.

1.4 Fatores Intervenientes no trabalho em equipe

Segundo Nina (1995), um trabalho em equipe exige de profissionais com formações disciplinares, paradigmas de pensamento profissional e abordagens metodológicas diferentes e, muitas vezes, conflitantes, no desenvolvimento de ações integradas. Geralmente, estas interações não encontram subsídios nas diversas formações acadêmicas, uma vez que, os profissionais da área da saúde, não chegam instrumentalizados para a atuação integrada com outros membros da equipe. Além disso, algumas categorias profissionais, ainda apresentam insuficiência na sua formação acadêmica fazendo com que o desempenho dos integrantes da equipe seja muito desigual em qualidade.

Almeida (2000), ainda coloca que, ao lado do desconhecimento dos benefícios advindos da prática integrada, das diversas áreas da saúde, o ideal do trabalho solidário em equipe, muitas vezes, é substituído por uma organização de trabalho que promove a competição entre as especificidades e estimula o corporativismo, gerando situações de conflito.

Muitas vezes, a utilização de uma linguagem técnica, pelos profissionais, cria uma barreira lingüística que dificulta a comunicação, impede a compreensão e o estabelecimento de uma relação de cooperação.

Além disso, de acordo com vários autores, (DURAND, 1985; NINA, 1995; PEDUZZI, 1998), pode-se dizer que todo “novo” é fonte de ameaça e ansiedade e cria resistências, descrença e desestímulo, favorecendo, de modo defensivo, maior vinculação dos profissionais aos seus grupos de origem/ referência, fonte de sua identidade profissional.

Para que seja possível uma sólida construção de equipe e atuações favoráveis, por parte de todos os envolvidos, a literatura destaca alguns pré-requisitos que se fazem necessários na postura dos profissionais (DURANT, 1995; NINA, 1985; PEDUZZI, 1998; ALMEIDA, 2000):

- Disposição não só para encarar o desafio que representa a formação de uma equipe, como também para provocar tal desafio;
- Conhecimento e reconhecimento, por todos os membros do grupo, dos diferentes campos de competência;
- Resgate da identidade profissional na relação funcional com a tarefa grupal;
- Consideração da prática dos demais como interdependente e complementar;
- Não sobrevalorização de um discurso que reafirme a hegemonia de um saber em relação ao outro;
- Amplificação do referencial específico;
- Colaboração complementar entre todos os profissionais;
- Manutenção de um diálogo contínuo: tomar a comunicação como dimensão intrínseca do trabalho;
- Conduta profissional adequada;
- Constante aprimoramento técnico de todos os profissionais;
- Desenvolvimento de habilidades interpessoais;
- Desenvolvimento de sentimento de pertinência ao grupo;
- Aprendizagem com a tarefa compartilhada;

- Geração de um paradigma grupal propício à resolução de problemas.

Após estas considerações é possível esquematizar os fatores que influenciam na formação de equipes multiprofissionais:

1) Fatores extra-hospitalares:

- políticas de saúde;
- política salarial
- mercado de trabalho.

2) Fatores intra-hospitalares:

- política de cargos e salários
- situação econômico-financeira da Unidade
- condições ambientais de trabalho

3) Fatores relativos ao trabalho:

- tipo de atribuição de cada servidor
- nível de exigência das tarefas de cada um
- desgaste que a atividade impõe

4) Fatores relativos ao grupo:

- profissionais integrantes
- tipo de integração pretendida
- grau de motivação dos profissionais
- grau de envolvimento de cada um nas tarefas propostas
- grau de maturidade profissional

5) Fatores relativos ao indivíduo:

- formação acadêmica
- aspectos culturais
- conteúdos afetivo/emocionais predisponentes aos relacionamentos
- repertório comportamental disponível para uma adequada adaptação
- facilidade para o relacionamento interpessoal que propicie trabalho em grupo.

Um modelo de multiprofissionalidade também requer que os profissionais envolvidos possam se questionar quanto às intervenções técnicas que executam, para colocar-se de acordo com as ações específicas necessárias para o trabalho comum.

A reflexão sobre a situação do sistema público vigente, sua organização de acesso da população aos serviços, às condições institucionais, nas quais o trabalho dos profissionais se realiza às particularidades de cada unidade de saúde, onde a assistência é oferecida, às características sociais da população atendida, enfim o conhecimento e a articulação de todos os fatores envolvidos no processo saúde-doença são aspectos imprescindíveis, quando se pensa na instalação das equipes multiprofissionais e, diretamente implicados, na implantação da humanização nos serviços de saúde.

1.5 As relações interpessoais na Unidade de Saúde

O profissional de saúde além das ações e procedimentos técnicos ligados à sua área específica, estabelece, sempre, com as pessoas que atende relações interpessoais. Seu trabalho depende, portanto, da qualidade técnica e da sua qualidade interacional.

Assim, como em cada área se desenvolvem temas específicos que constituem parte de conhecimentos e habilidades relativos à área técnica, a abordagem da qualidade interacional

torna necessário o estudo de vários temas teóricos e a reflexão sobre o desenvolvimento de atitudes.

O alívio e melhora das condições do trabalho na área da saúde é considerável quando o profissional pode conhecer tanto os motivos do comportamento do usuário, quanto os efeitos que esse comportamento provoca (ansiedades, angústias, raivas, dor, impotência), como as defesas que desencadeia.

Muitas queixas e problemas dos usuários podem ser resolvidos, ou atenuados, quando se sentem compreendidos e respeitados pelos profissionais que os cuidam.

A falta de acolhimento ao cliente e à continência de seus aspectos emocionais pode conduzir ao abandono ou a não adesão ao tratamento. Estudos têm mostrado que a relação profissional-paciente é considerada como extremamente relevante no processo de adesão ao tratamento, conforme Mion, Pierin & Ortega (2000). Estes mesmos autores, afirmam que a não adesão envolve, além da relação do usuário com o profissional, fatores como sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, contexto familiar, auto-estima, crenças, hábitos de vida e outros; fatores relacionados às doenças: cronicidade, ausência de sintomas e dor; aos tratamentos: custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos e outros; à instituição: política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera, tempo de atendimento, e outros.

A atividade de assistência à saúde não pode ocupar-se de seres humanos como se não o fossem. Seres humanos são tanto os usuários, quanto os profissionais, ou seja, ambos têm necessidades, desejos, medos e carências.

Bleger (1979) afirma que *“o mais alto grau de eficiência em uma tarefa é obtido quando se incorpora sistematicamente à mesma, o ser humano total”* (p.59). Refletindo sobre o que Bleger coloca entende-se que, no âmbito humano alcança-se mais objetividade, incorporando os fatores subjetivos, ou melhor, tomando as coisas conforme acontecem, para entendê-las e poder fazer com que aconteçam da melhor maneira. Esta é a forma de evitar a atividade desumanizada e desumanizante.

Uma das maneiras mais significativas para o entendimento do contexto interpessoal, interacional, relacional é o estudo da intimidade da relação profissional-usuário. As ansiedades e angústias ligadas ao adoecer são partes integrantes dessa relação que é o campo dinâmico que se estabelece entre o usuário e aquele que o assiste, onde surgem as ansiedades básicas profundas e intensas que se desenvolvem no vínculo estabelecido.

Vários são os autores que ressaltam a complexidade do atendimento prestado ao usuário do SUS, assinalando que na assistência realizada em Unidades de Saúde públicas deve-se considerar que:

- O cliente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo que deve ser considerado;
- A assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do usuário;
- Na instituição interatuam as necessidades de quem assiste e de quem é assistido, e ambas devem ser consideradas.

Para Caprara e & Franco (1999), é importante que o profissional de saúde utilize e desenvolva a sensibilidade para conhecer a realidade do usuário, ouvir suas queixas e encontrar junto com ele, estratégias que facilitem sua aceitação e a compreensão de sua doença, contribuindo para a adaptação às modificações que por acaso tenha que fazer, por conta de seu problema.

Além disso, é importante salientar que o contato direto com os enfermos e seus familiares coloca o profissional de saúde, diante de sua própria vida, de sua própria saúde ou doença, de seus próprios conflitos e frustrações, que fazem com que corra o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa que podem lhe prejudicar, tanto pessoal, quanto profissionalmente.

Em seu dia-a-dia, o profissional de saúde atende pais, mães, crianças, pessoas que se assemelham aos seus entes queridos e que também, podem representar imagens de si próprio, como criança ou adulto. Segundo Botega & Nogueira Martins (1997), nos atendimentos em saúde, há um constante movimento identificatório dos profissionais com as pessoas que sofrem que estão cansadas, desanimadas e frustradas. O profissional, de certa forma, também sofre,

fica cansado, desanimado e frustrado. Somente através das vivências diárias, no atendimento às pessoas doentes é que conseguirá o equilíbrio entre a empatia insuficiente e a empatia excessiva.

Todas estas reflexões também conduzem ao campo ético que surge toda vez que alguém se preocupa com as conseqüências que sua conduta tem sobre o outro (REGO & SCHRAMM, 1999). A percepção ética exige que se perceba o outro, para se realizar um atendimento personalizado e que, portanto, também é preciso ver e perceber o outro. Conclui-se, então, que o atendimento humanizado e a preocupação ética são indissociáveis.

É importante que se assinale que o aprimoramento da relação profissional-usuário é apenas um dos lados da humanização.

1.6 Um modelo para atendimento humanizado

Após as considerações teóricas apresentadas, se oferece uma proposta para efetivação de um atendimento humanizado nas Unidades de Saúde Estaduais em Manaus.

Esta proposta resulta da observação e da pesquisa realizada no decorrer do segundo semestre do ano de 2005 e primeiro semestre de 2006, durante o desenvolvimento do Projeto Humanização das Unidades Estaduais de Saúde em Manaus - "Amigos da Saúde".

Entre as principais queixas apontadas pelos usuários entrevistados estava o atendimento dos setores de recepção e registro.

Os serviços dos setores de registro/recepção são um dos mais problemáticos, em relação aos demais setores das Unidades Estaduais de Saúde. Têm por objetivo identificar, registrar, informar e direcionar os usuários que chegam em busca de atendimento. Depoimentos dos usuários e observações realizadas evidenciaram a falta de preparo dos servidores responsáveis por estes serviços.

O documento “Proposta para um modelo de humanização nas unidades estaduais de saúde” foi um produto da pesquisa realizada. Este documento analisa a questão de atendimento dos setores de registro e recepção e propõe algumas medidas para melhorar o desempenho dos servidores desses setores e, conseqüentemente, elevar o grau de satisfação do usuário.

Para tanto, se reuniu em três categorias as sugestões da proposta de um modelo de atendimento humanizado:

a) Quanto à escolha das pessoas para trabalharem nestes setores: Os gestores deverão ter a preocupação de escolherem pessoas que percebam e tenham sensibilidade para perceberem o sofrimento humano. Pessoas com boa dicção, que sejam treinadas para informarem aos usuários e que respondam às suas perguntas com atenção. Pessoas com aparência tranqüila, adaptadas ao setor e ao serviço que oferecem. Prestativas, solidárias, com habilidades sociais e que tenham conhecimento da importância da sua função. Uma seleção psicológica seria o recomendável. Pessoas que se sintam valorizadas profissionalmente, que gostem do que fazem e do ambiente em que atuam.

A documentação exigida na hora do registro deveria se restringir, inicialmente, a Carteira de Identidade ou a qualquer documento identificatório do usuário. A ficha de registro seria acrescida, neste primeiro momento, com dados pessoais simples do usuário, como o seu endereço. Outros dados suplementares poderão ser acrescentados pela equipe de saúde quando da efetivação do atendimento propriamente dito, ou, enquanto o usuário esperasse sua chamada. Com este procedimento se visaria à rapidez do preenchimento da ficha na hora do registro do usuário, pretendendo-se, conseqüentemente, a diminuição das filas, ou, até mesmo, sua extinção.

Para que todas estas sugestões fossem passíveis de execução, seria preciso que, primeiramente, se oportunizasse o treinamento e a educação continuada dos servidores desses setores, se oferecendo treinamentos introdutórios, treinamentos em habilidades sociais e treinamentos específicos para o desempenho da função.

Um aspecto importante a salientar é a necessidade de se treinarem também os seguranças que geralmente ficam nas portas das recepções das Unidades e que quase sempre, ou inúmeras vezes, desconhecem a proposta de humanização. Em razão do poder que lhes é conferido, e pela falta de orientação e treinamento, em geral, essas pessoas são hostis com os usuários, impedem o acesso de familiares e/ou acompanhantes, não sabem o que informar, não tem paciência, chegando serem grosseiros e agressivos. Geralmente são profissionais terceirizados, que não pertencem ao quadro funcional da Unidade, nem da SUSAM e por isto mesmo são pessoas que não investem no local em que trabalham, pois, não raras vezes são sistemática e constantemente deslocados para outros locais. Uma sugestão seria rever-se a situação dessas pessoas terceirizadas, sem vínculo com a instituição. Caso não fosse possível mudar a situação, fazer com que também tenham treinamentos constantes de educação continuada, enfocando-se especificamente a implantação da humanização, ou que se fizessem acordos com as empresas, para que estes funcionários recebessem também, treinamentos semelhantes aos da equipe de saúde.

Chamar os servidores destes setores e conversar com eles, ouvi-los e acolhê-los, cuidando para que despertem para o processo de humanização com certeza melhorará em muito o atendimento prestado aos usuários, na chegada a Unidade de Saúde.

b) Quanto às condições físicas do ambiente: que as salas fossem amplas, ventiladas e climatizadas, com cadeiras suficientes para acomodarem o número de usuários que recebem. Com paredes pintadas de cores alegres, mas claras e suaves. Salas limpas, com bebedouros e copos descartáveis. Sanitários limpos e confortáveis. Som ambiente e/ou aparelhos de TV, vídeo e DVD, com programação variada e específica, com revistas para serem folheadas, enquanto as pessoas aguardam o atendimento. Salas com condições para que se realizem palestras para os familiares e/ou acompanhantes que esperam e, brincadeiras para as crianças, alegrando o ambiente hospitalar e as crianças presentes, acalmando-as com a proposta de jogos e brincadeiras, contando histórias infantis e/ou incentivando-as a realizarem desenhos e pinturas, atividades desenvolvidas pelos estagiários do projeto “Amigos da Saúde”.

c) Quanto ao tempo de espera pelo atendimento: este deverá ter um tempo médio, não ultrapassando 30 minutos. Caso isso acontecesse que houvessem apoiadores, como os “Amigos da Saúde”, para dar suporte, conversando e explicando o porquê da demora pelo atendimento, orientando, inclusive sobre o tempo ainda necessário de espera, ou oferecendo novas orientações. Que as pessoas, acompanhantes ou familiares que necessitassem permanecer por mais tempo na Unidade tivessem garantidos aspectos simples para sua permanência como alimentação e “hospedagem”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta proposta de modelo de atendimento humanizado, a ser implantado nos setores de recepção e registro se entende que imediatamente o usuário se sentiria acolhido, pois teria alguém para lhe acompanhar, orientar e atender. O tempo de espera seria o estritamente necessário e ele teria as orientações, caso esse tempo não fosse respeitado.

Também teria alguém para lhe ouvir e orientar, alguém que lhe explicasse o que estava acontecendo e que mostrasse interesse com sua pessoa e sua história. Alguém em quem ele poderia confiar.

Estaria num ambiente relativamente confortável onde seria ouvido e compreendido ao falar de seus sentimentos em relação a si mesmo e à situação. Sentir-se-ia respeitado como cidadão merecedor de cuidados.

A preocupação com seu bem-estar perspassaria a situação da procura pelo atendimento.

Seria uma proposta utópica?

Ao se examinarem as sugestões apresentadas, verifica-se que poucas coisas precisariam ser alteradas ou precisariam ser mudadas. O enfoque central para que o usuário tenha a oferta de um serviço humanizado reside basicamente no seu acolhimento e, na atenção ao servidor que lhe presta serviços. Portanto, não só o usuário seria o alvo de toda a proposta, também o servidor se sentiria e seria cuidado, seria trabalhada sua auto-estima, ele seria estimulado a

prosseguir com sua jornada, tornando-a prazerosa, uma vez que seria valorizado naquilo que faz.

É importante, também, que se ressalte que a humanização do atendimento aos usuários do SUS e a humanização das condições de trabalho dos profissionais da saúde, se iniciam pela efetiva integração dos profissionais em equipes multidisciplinares e com a criação de serviços de apoio (Amigos da Saúde). Neste sentido, merecem destaque a implantação de serviços de consultoria psicológica (interconsultas), a criação de equipes multidisciplinares e a criação de serviços de apoio à tarefa assistencial.

A implantação de serviços de consultoria psicológica (interconsultas) nas unidades de saúde deveria ser uma medida prioritária, uma vez que este serviço auxiliaria, não só o profissional, no tratamento de clientes com problemas psicológicos e psicossociais, mas também contribuiria no tratamento de disfunções e distúrbios interpessoais e institucionais, envolvendo o usuário, a família e a equipe de saúde.

A criação de equipes multidisciplinares além de representar uma melhoria na atenção ao usuário, mediante a integração de conhecimentos específicos, possibilita a troca de experiências profissionais, propiciando o compartilhar de saberes e a discussão de idéias, visando a melhor compreensão de cada caso e a escolha da terapêutica mais indicada.

O estabelecimento de equipes de apoio, principalmente nos setores de recepção e registro oportuniza que os servidores responsáveis por estes setores possam realizar suas tarefas sabendo que outras pessoas complementarão o que por acaso não pode ser realizado plenamente. Estas equipes oferecem segurança e tranquilidade aos servidores, na medida em que, estão sempre a postos para ajudar e colaborar no que for preciso.

Resta salientar, que estas medidas, deveriam ser inseridas num conjunto amplo de propostas que consolidariam os projetos de implantação de modelos de atendimento humanizado com a garantia de qualidade e aceitação institucional.

Finalmente, se salienta que toda e qualquer medida profilática envolve um processo de conscientização, demorado e doloroso pois, implica, necessariamente, em mudança de valores e atitudes. As resistências existem e com freqüência crescem ao longo do processo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. C. **O psicólogo no hospital geral**. In: Psicologia Ciência e Profissão, 3: 24-27, 2000.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA - **What a health psychologist does and how to become one**. Disponível em: <http://www.health-psych.org.2002>.
- BLEGER, J. **Temas de Psicologia**. Buenos Aires: Nueva Vision, 1979.
- BOTEGA, N.J. & NOGUEIRA-MARTINS, L.A. **Hipocrates doente: os dramas da Psicologia médica**. *Monitor Psiquiátrico* 3 (4): 30-31, 1997.
- CAPRARA A.; FRANCO, A.L.S. **A relação paciente-médico para humanização da prática médica**. *Cadernos de Saúde Publica*, 15 (3): 647-654, 1999.
- DURAND, J.C. **Profissões de saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983**. In: *Cadernos FUNDAP*, 5 (10): 04-23, 1985.
- ENGEL, G.L. **A unicef concept of health and disease**. In: *Perspectives of biological medicine*, 3: 459-485, 1960.
- _____. **The need for a new medical model: A challenge for biomedicine**. In: *Science*, 196:1129-136, 1977.
- _____. **The clinical application of the biopsychosocial model**. In: *American Journal of Psychiatry*, 137 (5): 535-544, 1980.
- _____. **The biopsychosocial model and the education of health professionals**. In: *Annual New Yorker Academy of Science*, 310: 169:181, 1987.
- GALLIAN, D.M.C. **A (re) humanização da Medicina**. *Psiquiatria Médica* 33 (2): t5-8, 2000.
- JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro:Imago, 1976.
- MARTINS, C.F.N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MINISTERIO DA SAUDE – MS – **Portaria no. 2042 de 11/10/1996**. Disponível em: <http://www.abct.org.br/does/portaria>, 2004.

MINISTERIO DA SAUDE – MS- **Portaria no. 3407**. Disponível em: <http://www.dtr2001.saúde.gov.br>, 2004.

MONIZ, A.L. F. **Interações sociais em equipe de saúde**. Disponível em: <http://www.psisaude,hpg.ig.com.br>, 2003.

NINA, M.D. **A equipe de trabalho interdisciplinar no âmbito hospitalar**. In: Oliveira, M.F.P. & Ismael, S. M.C. Rumos da Psicologia hospitalar em cardiologia. São Paulo: Papirus, 1995.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.E. **O exercício atual da Medicina e a relação medico - paciente**. Rev. Bras. Clin. Terap. 24 (2): 59-64, 1998.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE – OMS (1948) – **Definição de saúde**. Disponível em : <http://www.who.int/about/definition>, 2002.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional em saúde**: In: A interface entre trabalho e interação. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, 1998.

SENADO FEDERAL – SF – Projeto de Lei complementar 77/2003 de 25/03/2003. Disponível em: <http://www.legis.senado.gov.br>, 2004.

SPINK, M.J.P. **Regulamentação das profissões de saúde: O espaço de cada um**. In: Cadernos, FUNDAP, 5 (10): 24-43, 1985.

TRONCON, L.E.A. et al. **Conteúdos Humanísticos na formação geral do medico**. In: MARCONDES, E. ; GONCALVES, E.L. (orgs) **Educação medica**. São Paulo: Sarvier,1998.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico - qualitativa**. Vozes: Petrópolis, 2003.

VAN NORMAN, G. **Interdisciplinary team issues: Ethical topic in Medicine**. Disponível em: <http://eduser.v.hscer.washington.edu/bioethics/topics/team>, 2002.