



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Giseli Botini Urbano

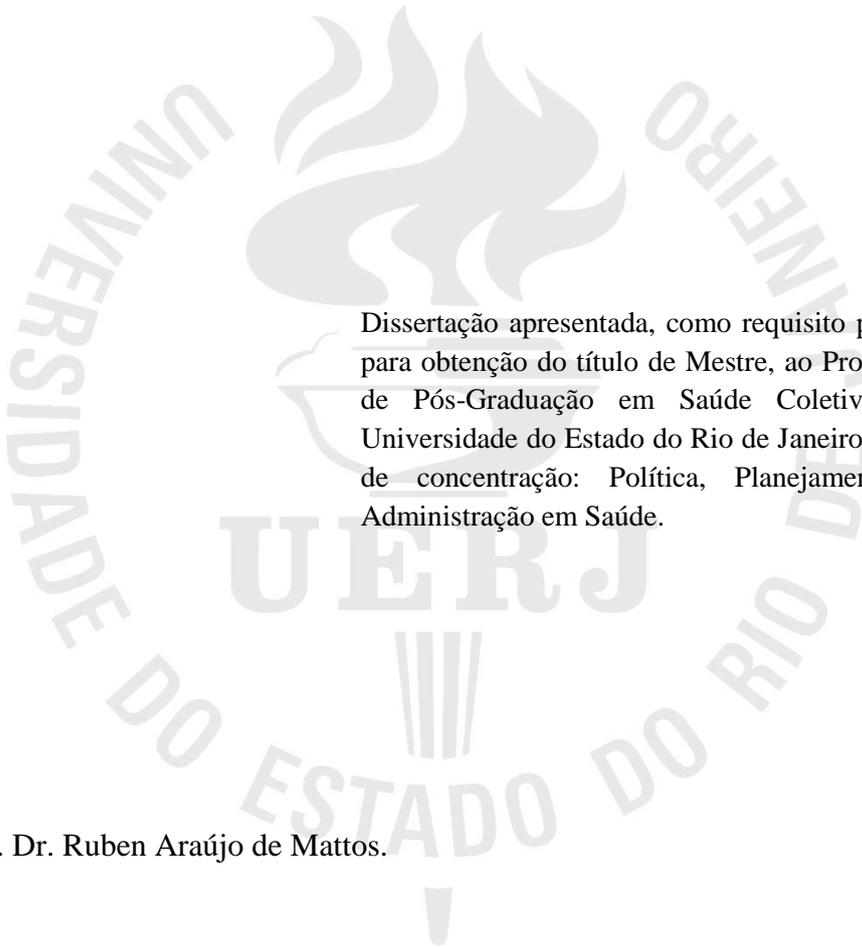
**Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem:  
a relação da escuta na interação usuário e profissional no  
município de Paranaíba - PR**

Rio de Janeiro

2009

Giseli Botini Urbano

**Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí - PR**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos.

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

U72 Urbano, Giseli Botini.

Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí - PR / Giseli Botini Urbano. – 2009.

58f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Enfermeira e paciente – Teses. 2. Cuidados com os doentes – Teses. 3. Comunicação em enfermagem – Teses. 4. Humanização na saúde – Teses. 5. Serviços de saúde pública – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de, 1957- II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU

614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

---

Assinatura

---

Data

Giseli Botini Urbano

**Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí-PR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovado em 24 de novembro de 2009

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos (orientador)  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Profa. Dr. Sonia Acioli de Oliveira  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr  
Instituto de Medicina Social – UERJ

---

Profa. Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Duarte Lima  
Universidade Federal do Espírito Santo

Rio de Janeiro  
2009

## DEDICATÓRIA

A minha mãe, que apesar de toda a dificuldade, sempre procurou me oferecer o melhor, nunca deixou desistir de meus ideais, mostrando que nunca estaria sozinha. Para mim, a melhor mãe do mundo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus...

Não cai uma folha de uma árvore sem a permissão de Deus, portanto sou muito grata a ELE por permitir que fosse aprovada na seleção do mestrado e concluísse este trabalho. Te agradeço de todo meu coração, Senhor Deus, por me ofertar sabedoria, discernimento e acima de tudo muita força para suportar todas as provas neste período. Creio em Ti e Te amo infinitamente.

Ainda agradeço a muitas pessoas que, direta ou indiretamente, tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Ao Wagner...

Meu grande amor, por suportar todas as minhas queixas, todo meu mau humor, medos, ansiosos, mantendo-se em silêncio e dispensando todo amor e carinho.

A minha família...

Por entender meus momentos de estresse, por me apoiar e me amar.

Ao meu orientador...

Ruben Araujo de Mattos, um anjo de pessoa, me acolheu de forma sublime. Sempre amigo, justo, sereno, compreensível. Aprendi muito com ele sobre pesquisa, mas aprendi muito também como ser uma pessoa melhor. Muito obrigada por toda sua ajuda na realização deste trabalho e por todo aprendizado que levarei para o resto de minha vida.

A minha amiga Patrícia....

Companheira de viagem, quarto, choro, risos, desesperos, aflições, angústias, alegrias.... Enfim, ainda bem que tinha você ao meu lado neste período e espero continuar tendo para todo sempre.... Dividir os sentimentos com você tornava tudo mais leve e simples. Muito obrigada por tudo, minha grande amiga.

Ao Andrey...

Sua tranquilidade e sensatez me trouxeram muitas vezes para a realidade, com muita paz de espírito. Obrigada por todos os conselhos dispensados.

A minhas amigas...

Que ficavam cansadas de tanto ouvir falar sobre o mestrado, mas nunca se queixaram. Sempre se mostraram preocupadas, ficando na torcida por mim. Obrigada.

Ao corpo docente do Instituto de Medicina Social...

Pelo grande aprendizado nesses dois anos. Muito obrigada.

Aos participantes da pesquisa...

Pela confiança dispensada, aceitando dividir comigo sua vivência e permitir que, com sua ajuda, o trabalho fosse concluído.

O meu Deus é o Deus do impossível  
Jeová Jiré o grande El Shadai  
Que abriu o mar vermelho  
E ao seu povo fez passar  
Que da rocha água limpa fez brotar  
O meu Deus é o Deus do impossível  
Que liberta encarcerados das prisões  
Faz da estéril mãe de filhos  
Restaura a alma do ferido  
E dilata o amor nos corações.  
Que dá vista aos cegos  
E aos surdos faz ouvir  
Faz a tempestade se acalmar  
Andou por sobre o mar  
E aos mudos fez falar  
Paralíticos e coxos fez andar.  
O meu Deus é o Deus do impossível  
É o mesmo hoje e sempre há de ser  
O meu deus é o deus do impossível  
E fará o impossível pra você,  
E fará o impossível por você.

COMPOSIÇÃO: CÉLIA MARA  
INTERPRETAÇÃO: ALINE BARROS

## RESUMO

URBANO, Giseli Botini. *Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí-PR*. 2009. 51 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O presente trabalho tem como objetivo observar a atuação da equipe de enfermagem na atenção básica, buscando caracterizar como se dão as interações com o usuário, e priorizando a escuta como requisito da integralidade. Para que os profissionais de saúde percebam, identifiquem o sofrimento do usuário, torna-se necessário uma interação maior entre eles, ou seja, um diálogo. Para o exercício de um bom diálogo, faz-se necessário uma escuta atenta, buscando-se detalhes que podem estar ocultos nas falas, além do acolhimento e o vínculo, que são atributos responsáveis pela prática da assistência integral. A redução do sujeito a objeto tem sido a realidade das unidades básicas de saúde, lembrando que os usuários que procuram os serviços de saúde possuem uma vida fora dali, com estilos variados. O modo de falar, os cuidados prestados variam conforme a rotina de cada um. A pesquisa teve como suporte teórico a integralidade como exercício de boas práticas e produção de cuidado, enfatizando-se a escuta. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo com abordagem etnográfica, que permite ao pesquisador fazer uma leitura detalhada da realidade. Os dados foram coletados através da observação participante e acompanhamento das atividades realizadas pela equipe de enfermagem de duas unidades básicas do município de Paranavaí-PR, e os achados foram devidamente registrados em diário de campo. Após as observações, os profissionais foram entrevistados. Participaram como sujeitos da pesquisa sete técnicos de enfermagem e um profissional administrativo. O material foi submetido à técnica de análise de conteúdo. A análise compreendeu as seguintes etapas: pré-análise, que se refere à leitura inicial de todo o conteúdo e organização dos dados, e análise, que compreende categorização e tratamento do material. Foram identificados pontos críticos na assistência durante a observação, como a falta do acolhimento, desorganização do serviço, a falta do exercício da escuta e o trabalho mecanizado. Nas entrevistas, foi possível desenvolver categorias com os relatos coletados, destacando-se a “sensibilidade ao paciente”, “procura do melhor”, “falta de tempo” e “sentido da escuta”. Conclui-se que a integralidade ainda é uma utopia na realidade dos serviços de saúde, e que a escuta é raramente utilizada e seu sentido tão pouco conhecido. A desorganização do serviço de saúde nas unidades básicas e o aparente conformismo dos profissionais frente a suas atividades são fatores predisponentes ao não-exercício da escuta, dificultando ainda mais a prática da integralidade. Considera-se fundamental a reflexão, por parte dos profissionais, e solução dos problemas encontrados, através de conscientização e sensibilização, modificando a assistência através de reorganizações do trabalho.

**Palavras-chave:** Integralidade. Escuta. Acolhimento. Equipe de Enfermagem. Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the performance of the nursing staff in primary care, aiming to characterize the interactions with the user, and prioritizing listening as a condition of integral care. For health professionals understand, identify the suffering of the user, there must be greater interaction between them, that is, dialogue. For the exercise of a good dialogue, there must be an attentive listening, seeking details that can be hidden in the speeches, in addition to receptiveness and link, attributes responsible for the health care practice. The reduction of the subject to object has been the reality of basic health units, noting that users who seek health services have a life outside, with varied styles. The manner of speaking, the care, vary according to the routine of each. The research was theoretically supported by integral care as exercise of good practice and production of care, emphasizing listening. This is a qualitative study with an ethnographic approach, which allows the researcher to do a detailed reading of reality. Data were collected from January to May 2009, through participant observation and monitoring of the activities performed by the nursing staff of two basic units of Paranavaí city, state of Paraná, and the findings were duly recorded in the field diary. After observations, the professionals were interviewed. Seven practical nurses and an administrative professional participated in this research. The materials were subjected to content analysis, which comprised the following stages: pre-analysis, which refers to the initial reading of all the content and organization of data, and analysis, that includes categorization and treatment of the material. We identified critical issues during the observation, the lack of receptiveness, disorganization, lack of exercise of listening and mechanized work. In the interviews, it was possible to develop categories with the reports collected, highlighting the "sensitivity to the patient," "seeking the best", "lack of time" and "sense of listening". It follows that integral care is still a utopia in the reality of health services, listening is rarely used and its meaning so little known. The disruption of services in local health units and self-indulgence of professionals in their activities are predisposing factors for the non-exercise of listening, hindering even more integral care. It is essential that professionals reflect on and solve the problems that arise, through awareness and sensitization, modifying assistance through the reorganization of work.

**Key words:** Integral care. Listening. Receptiveness. Nursing staff. Health care services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 1- Localização do Município de Paranavaí-PR.....</b>	<b>25</b>
--	-----------

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
<b>1 INTEGRALIDADE, HUMANIZAÇÃO E ESCUTA.....</b>	<b>13</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 O município de Paranavaí- Pr.....</b>	<b>24</b>
<b>3 AS UNIDADES DE SAÚDE OBSERVADAS.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Unidade A.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Unidade B.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3 Unidades A e B.....</b>	<b>30</b>
<b>4 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>40</b>
<b>4.1 Sensibilidade ao paciente.....</b>	<b>40</b>
<b>4,2 A procura do melhor.....</b>	<b>43</b>
<b>4.3 Sentido da escuta.....</b>	<b>44</b>
<b>4.4 Falta de tempo.....</b>	<b>47</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE B – Questões norteadoras para entrevista.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO - Declaração de aprovação do projeto no CEP.....</b>	<b>58</b>

## APRESENTAÇÃO

Desde os tempos da graduação em enfermagem, sempre ouvi o discurso que exige dos profissionais a atenção integral e humana aos usuários que eram assistidos. A atenção da prática humanizada e integral era vista como um comportamento ideal diante do usuário, sempre cobrada pelos docentes e que nem sempre se efetiva nas práticas cotidianas. Hoje, atuando como enfermeira docente, tenho percebido que prática e discurso continuam distantes. Essa realidade pode ser constatada quando visitamos uma unidade básica de saúde e observamos a atuação da maioria dos profissionais de enfermagem. A dissociação entre um discurso presente nos cursos de graduação e a prática concreta dos profissionais está no centro das preocupações que me conduziram a este trabalho de pesquisa.

Trabalho como enfermeira há sete anos. No meu primeiro ano de formação, atuei em saúde pública, como enfermeira responsável por uma equipe do Programa de Saúde da Família, no município de Santa Izabel do Ivaí – PR. Em seguida assumi a gerência de enfermagem de uma unidade de centro cirúrgico de um hospital de médio porte do município de Paranavaí - PR. Durante esse tempo, ministrei simultaneamente aulas e estágios supervisionados a acadêmicos de enfermagem em cursos técnicos. Após três anos, percebi uma identificação muito grande com a docência, e há três anos sou docente do Curso de Enfermagem de uma universidade particular do município de Paranavaí – PR, onde ministro aulas teóricas e supervisiono estágios em unidades básicas de saúde e hospital.

A atuação, tanto no campo de Saúde Pública quanto no campo hospitalar, e a forma como alguns profissionais de enfermagem se relacionam e interagem com os usuários, sempre me intrigaram. De certa forma, esse desconforto tem me ajudado a pensar em outras modelagens de práticas de cuidado mais humanizado, centrado nos usuários, num processo dinâmico de compartilhamento das ações entre os atores envolvidos (usuários e trabalhadores de saúde). Assim, defendendo os valores da integralidade, comecei a me interessar pela interação entre a equipe e os usuários.

Ao longo dessa experiência profissional, pude notar que com frequência encontrava durante a assistência em unidades básicas de saúde profissionais com expressões corporais rígidas: olhares desviados, colunas curvadas e “rostos fechados”. De modo mais específico, meu incômodo sempre esteve localizado no modo como os profissionais “escutam” os usuários – ou seja, nesse encontro, via de regra os profissionais continuavam fazendo suas

atividades de forma mecânica, sem olhar frente a pessoa a ser cuidada, chamando já o próximo da fila; a atenção ou a escuta qualificada não eram uma preocupação, e quando o usuário expunha sua situação, já em tom de desabafo, os profissionais mudavam de assunto, deixando o problema e colocando o que realmente achavam importante naquele momento. Ou seja, pareceu-me, em vários momentos, que os profissionais têm privilegiado em suas práticas o que estou chamando de “escuta seletiva”.

Foi diante dessa experiência como enfermeira que emergiu minha implicação com o tema, e assim, minha vontade/desejo de explorar e refletir sobre os modos como vem se efetivando a escuta dos profissionais de enfermagem, e sobre os obstáculos à sua realização. Na tentativa de compreender melhor estas questões e de dar um passo além das minhas intuições e percepções, procurei observar nas práticas de serviços de atenção básica a forma como a escuta é realizada pelos profissionais da equipe de enfermagem de nível médio no plano individual da assistência.

Este trabalho, do ponto de vista formal, se estrutura em cinco capítulos. O primeiro trata da integralidade, humanização e escuta, interligando esses atributos às práticas na assistência dos profissionais de saúde voltadas aos usuários. O segundo relata o trajeto metodológico percorrido para a realização do presente estudo. O terceiro descreve a observação realizada em duas unidades básicas de saúde. O quarto analisa as entrevistas, e está subdividido em quatro itens: “Sensibilidade ao paciente”, “A procura do melhor”, “Sentido da escuta” e “Falta de tempo”. Por último, são apresentadas as considerações finais, fechando esta dissertação.

## 1 Integralidade, Humanização e Escuta

Acreditamos que há muito tempo a integralidade tem sido buscada, na tentativa de melhorar a assistência ao usuário. As propostas de transformações das práticas de saúde têm ganhado força desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, com o objetivo de reformular ações que atendam às necessidades da população, procurando resgatar ou produzir cuidados que contribuam para a emancipação e cidadania dos atores envolvidos nesse processo. O trabalho em saúde se fundamenta e sustenta num agir de encontros em que a relação com o outro deve estar sempre presente para o bom ou para o mau encontro.

A esse respeito, Mattos (2009, p. 772) destaca que a transformação das práticas de saúde vem sendo tratada no bojo do movimento sanitário. Em sua análise, o autor toma como referência dois documentos paradigmáticos das principais teses que deram ou têm dado sustentação à reforma sanitária brasileira: “um, datado de 1979, intitulado *A Questão Democrática na Área de Saúde* (CEBES, 1980); e outro, intitulado *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade* (Fórum da Reforma Sanitária, 2006).

O autor considera o primeiro documento como uma das primeiras apresentações sistemáticas, que veio a se constituir como os princípios do SUS, embora a transformação das práticas de saúde não apareça ali como questão central das políticas de saúde. Com relação ao segundo documento, de 2006, o título indica uma grande inflexão, em que se reconhecem as contradições e os limites concretos do SUS que temos, diante dos imperativos ético-políticos de princípios como os da universalidade, da humanização e da qualidade. Nesse movimento, a política voltada para a humanização e a qualidade da assistência tem sido evocada como central para a sustentabilidade e legitimidade do SUS. Portanto, as aspirações de mudanças radicais no modelo assistencial anunciadas nesses documentos guardam relações com a concretização e aspiração de integralidade (MATTOS, 2009, p. 773-774).

Segundo o pensamento de Mattos (2009), apesar de as aspirações de transformar as práticas de saúde estarem presentes desde o início do movimento sanitário, só mais recentemente elas têm-se tornado mais centrais no debate político em que está em disputa o acesso integral e digno do cidadão, seja ele usuário ou trabalhador de saúde, ao SUS.

Temos assistido, no Brasil, a uma importante ênfase nos imperativos de transformação das práticas de saúde. Esta perspectiva às vezes é descrita em função do princípio da

integralidade; em outras ocasiões, aparece na discussão sobre a humanização. Expressões como “acolhimento”, “vínculo” e “escuta” são frequentemente evocadas para expressar o ideal das práticas de cuidado. Constitucionalmente, o SUS se sustenta a partir de princípios e diretrizes como universalidade, equidade e integralidade. E ainda, diz respeito a princípios como a descentralização, a participação popular e a rede regionalizada e hierarquizada. Embora existam interconexões entre as diretrizes, consideramos que a integralidade seja um dos princípios que mais diretamente se relacionam com a qualidade das práticas de saúde.

Nas palavras de Mattos (2009, p. 778), o sentido da integralidade expresso no texto da Constituição

[...] estabelece que o SUS deve se pautar pelo atendimento integral, com prioridade para as atividades assistenciais. Há uma diferença fundamental entre as atividades preventivas e as assistenciais, que devem ser articuladas: é que estas se fazem diante de um sofrimento manifesto, enquanto aquelas se fazem antecipando-se ao sofrimento. Integralidade, no sentido evocado no texto constitucional, sugere que as ações e serviços devem se esforçar ao máximo para evitar o sofrimento, mas que não podem permitir que esse esforço se dê às custas da incapacidade de dar resposta ao sofrimento manifesto.

A integralidade acontece desde o movimento da Reforma Sanitária. No entanto, qual seria a definição de integralidade? Se partirmos do “conceito” do senso comum, integralidade seria assistir ao paciente como um todo, holisticamente – ou seja, cuidado integral. Agora, pensando minuciosamente sobre integralidade, seria possível defini-la?

Ao se buscar práticas inovadoras que concretizem os princípios do SUS e melhorem o atendimento à população de um determinado território, o maior desafio é a integralidade. A integralidade é um tema polissêmico, possui alguns sentidos. Camargo Jr reconhece que “a palavra integralidade não pode nem ao menos ser chamada de conceito, mas se trata de uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas, com alguma relação entre si, mas não completamente articuladas”. (CAMARGO JR, 2001, p. 14)

Mattos (2001) remete às origens do próprio movimento sanitário três sentidos de integralidade. Coloca como sentido da integralidade as respostas governamentais a problemas específicos de saúde. Aqui se destacam as políticas desenhadas para dar resposta a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem determinados grupos da população.

Os programas especiais acabam tendo um caráter vertical, ainda que algumas mudanças tenham ocorrido. Ainda hoje, vemos programas especiais tratarem somente a doença, esquecendo todo o contexto que a envolve, como por exemplo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que foi bastante influenciado pelo movimento feminista e cuja principal aposta estava associada ao cuidado à mulher restrito aos aspectos reprodutivos – ou seja, ao ciclo grávido-puerperal.

Será assim, como desdobramento do movimento sanitário e da luta organizada das mulheres, que começam a emergir mudanças nos olhares sobre a mulher para além desse ciclo, no sentido de a mulher ser assistida como um todo. Atualmente, a prática deste programa tem avançado, mas ainda existem pontos que precisam ser revistos. Nessa evolução, podemos destacar os avanços em programas como os de DST/Aids, que consideramos um dos modelos que mais se aproximam da integralidade neste último sentido.

Mattos (2001) ainda coloca como sentido da integralidade o modo de organizar as práticas. A noção de integralidade exige uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Nos programas verticais, é tratada a doença do programa e nada mais, não são questionados pontos que favoreçam desenvolvimento de outras doenças. A integralidade encontra-se presente no encontro, no diálogo, a fim de reconhecer as necessidades do paciente com relação a sua saúde. A integralidade também pode estar presente na realização de atividades preventivas e de promoção à saúde, facilitadas após o conhecimento da realidade de vida do paciente.

Consideramos importante trazer ao debate a necessidade de as equipes das unidades de saúde repensarem suas práticas, sobretudo observando a realidade da população, atendendo de acordo com as necessidades de saúde que o usuários trazem para os serviços e estabelecendo o diálogo com os profissionais, sem se reduzir ao ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, a integralidade passa a designar um modo de organizar o serviço mais capaz de responder tanto às necessidades de saúde expressas pelo sofrimento manifesto, e que se apresentam como demanda espontânea nos serviços de saúde, como aquelas outras necessidades, mais voltadas à prevenção, que não aparecem como demandas espontâneas, mas que são ofertadas ativamente pelos profissionais de saúde. Para tanto, as formas de organização dos serviços exigem necessariamente a capacidade de apreensão ampliada das necessidades, e a capacidade de diálogo/escuta sobre essas necessidades.

Enfim, o autor destaca a integralidade como traço da boa prática, que foi originalmente cunhado em referência à prática médica. O autor refere-se ao movimento de medicina integral, que criticava a atitude dos médicos cada vez mais fragmentada, cuidando apenas da parte doente do paciente, considerado como atitude reducionista. A medicina tradicional não tratava as “pessoas” doentes, mas apenas a lesão. Todo esforço médico era voltado para realizar o diagnóstico referente à lesão presente, evidenciando claramente a fragmentação do atendimento, mostrando-se incapaz de ver o paciente de modo mais abrangente.

Neste estudo, a integralidade é vista como o cuidado em não recortar o corpo do paciente em sistemas e aparelhos, mas fazer com que ele obtenha um atendimento digno e saia da unidade básica com respostas satisfatórias ao motivo que o levou até lá. É importante destacar que a redução do sujeito a objeto não cabe apenas à medicina; pode ser observada em todos os profissionais da área da saúde que rotineiramente podem acabar trabalhando de tal forma.

A prática da integralidade é algo esperado e desejado na atuação dos profissionais de saúde. Neste trabalho, iremos discutir o sentido da integralidade nas práticas de saúde, o que significa explorar a integralidade no encontro do profissional com o usuário. Quando existe um encontro entre duas pessoas, é necessário que haja uma interpretação do contexto desse encontro, que seja destacado o que é realmente importante para a assistência, em que o profissional deve ter a capacidade de oferecer ao usuário cuidados pertinentes às reais necessidades identificadas nos encontros com seus usuários.

Quando falamos das práticas assistenciais, é impossível não se lembrar da relação profissional de saúde e usuário, na qual o segundo procura o serviço referindo algum sofrimento, possuindo o desejo de encontrar resposta a seu sofrimento. Mattos (2004, p. 1.413) coloca que “a assistência vincula-se a uma experiência individual de sofrimento”. E ainda destaca que “a primeira dimensão da integralidade, na prática, se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto”. (p. 1.414).

Por sua vez, as necessidades de serviços de saúde dos usuários não se restringem às necessidades da assistência, mas também incluem a oferta de procedimentos ligados à promoção da saúde e prevenção de doenças, que se antecipam ao sofrimento manifesto. Aqui também a integralidade envolve a contextualização do que o profissional oferece (como as orientações) no modo de andar a vida daquela pessoa.

Para que a oferta de serviço seja coerente com a realidade do paciente, é inevitável escutar o paciente, e a *Cartilha do Ministério da Saúde – Clínica Ampliada* destaca a escuta como um atributo essencial à compreensão do motivo que o levou até a Unidade de Saúde:

Escutar significa, num primeiro momento, não evitar toda queixa ou relato do usuário que não interesse diretamente ao diagnóstico e ao tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir (e respeitar) os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que ele estabelece entre o que sente e a vida. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma. Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, e não do sujeito doente, ou seja, é mais fácil evitar uma atitude passiva diante do tratamento. Evidentemente, não é possível (nem desejável) fazer isto o tempo todo para todo mundo, mas é possível escolher quem precisa mais, e é possível temperar os encontros clínicos com estas frestas de vida. (BRASIL, 2004, p. 12-13).

Portanto, para que os profissionais de saúde percebam, identifiquem o sofrimento do usuário, torna-se necessário uma interação maior entre eles – ou seja, um diálogo. Deve-se destacar que não é um simples diálogo que deve fazer parte da assistência; deve-se ter escuta e olhar atentos, qualificados, para que se consigam apreender as necessidades do usuário.

A tendência mundial em saúde, nos últimos anos, tem sido recuperar a dimensão humana nos tratamentos clínicos, com o objetivo principal de salientar a necessidade de cuidar do paciente e não apenas de sua doença. Existe a necessidade de resgatar um atendimento humanizado, focando a dignidade das pessoas em situações de necessidade de cuidados ou atenção. Inserir a escuta na atenção ao paciente reflete-se num atendimento humanitário.

Acreditamos que, para um bom diálogo, faz-se necessário uma escuta atenta, procurando-se detalhes que possam estar ocultos nas falas, além do acolhimento e do vínculo, que são atributos responsáveis na prática da assistência integral. A escuta faz parte do diálogo, ou seja, da comunicação entre duas pessoas, e nesta pesquisa, entre o profissional de enfermagem e o usuário.

O espaço de encontro do usuário com a equipe é o espaço da conversação destinado à aproximação entre profissionais e usuários, no qual deve prevalecer a capacidade de escuta, de forma a permitir a apreensão das necessidades de saúde trazidas pela pessoa que busca o serviço. Os trabalhadores que atuam nos serviços devem ser capazes de não modelar as demandas trazidas pelos usuários de acordo com o ofertado pelo serviço, como regularmente

acontece. Da mesma forma, não deve prevalecer uma lógica dos profissionais na organização e sistemática de funcionamento dos serviços, mas aquela relacionada às necessidades de seus usuários (GADAMER, 1996 *apud* COSTA, 2004, p. 14).

A comunicação é uma troca de informação e envolvimento entre as pessoas, com o objetivo de transmitir fatos, sentimentos, pensamentos e valores. É necessário saber falar e escutar. A capacidade do ser humano comunicar-se com outras pessoas é inerente ao comportamento humano.

Ayres (2005), conforme destacado por Madeira (2007), aponta a dimensão em que o cuidar em saúde se dá a partir do estabelecimento de interações intersubjetivas e por meio de um diálogo, o mais simétrico possível, entre os profissionais de saúde e usuários, permitindo uma compreensão mútua entre os participantes e a construção consensual de seus valores e verdades.

A redução do sujeito a objeto tem sido realidade das unidades básicas de saúde, lembrando que os usuários que procuram os serviços de saúde possuem uma vida própria fora dali, com estilos variados. O modo de falar, os cuidados prestados variam conforme a rotina de cada um. O que encontramos são rotinas e tratamentos padronizados estabelecidos sem preocupação com a realidade do usuário. Este tipo de problema poderia ser solucionado através do exercício da escuta no seu trabalho. Mattos, quando se refere aos atores envolvidos na escuta, traz que “cada sujeito apresenta singularidades que se expressam no seu modo de andar a vida” (MATTOS, 2004, p. 1.414-1.415).

Existe uma diferença prática entre saber ouvir e saber escutar. Podemos ouvir a qualquer momento, ler um livro e ouvir o vizinho bater o martelo na parede de sua casa, ou barulho de crianças brincando. Agora, para escutar, temos que deixar de ler o livro, e olhar atentamente ao som, as falas ditas. Podemos dizer que a verdadeira escuta implica trabalhar a empatia, olhar atentamente, colocando-se no lugar do outro. Esta atenção diferenciada da escuta faz com que profissionais de enfermagem realmente exerçam o cuidado integral.

Heckert (2007) nos fala sobre a escuta surda e chama assim as práticas que ouvem sem escutar, que produzem como efeito a tutela e a culpabilização dos sujeitos, uma vez que fala por, fala de, em nome de, no lugar de falar com o outro. Heckert cita Baptista (1999), dizendo que a escuta surda não se lembra do rosto ou dos nomes dos usuários, nem dos profissionais, a cor dos olhos, da pele, dos cheiros, das rugas e cicatrizes (marcas do vivido), dos valores e histórias. A fala expressa sentimentos, e cabe ao profissional, neste caso o de enfermagem,

através da escuta, identificar esses sentimentos no usuário que o procura, para que, desta forma, a assistência integral seja vivenciada, gerando bem-estar e satisfação no usuário.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004, p. 244) afirmam que

escutar tem relação imediata com a fala, e em sua origem latina articula o escutado ao ato de ouvir e de montar guarda; situação na qual quem escuta cumpre o ofício de sentinela, vigia os sons provenientes de um campo diferente de seu próprio. Para escutar, também é imprescindível conhecer quem se escuta, quem está falando, como e sobre o que se fala.

Partindo desse pequeno contexto, destacamos como objetivo deste trabalho observar a atuação da equipe de enfermagem na atenção básica, buscando caracterizar como se dão as interações com o usuário e priorizando a escuta como requisito da integralidade. O não-desenvolvimento satisfatório da escuta na assistência opera o reducionismo, que conseqüentemente gera insatisfação no usuário, um atendimento desumano, ferindo os sentidos e propósitos da integralidade.

Quanto aos profissionais de enfermagem atuantes nas unidades básicas de saúde, há os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros exercem a função de gerentes e coordenadores dos serviços e programas, além da assistência como triagem, consulta de enfermagem e educação continuada através de palestras. Os técnicos e auxiliares de enfermagem realizam o preparo dos pacientes para a consulta médica, orientam a pós-consulta, administram soluções, realizam curativos e são responsáveis por toda a burocracia do setor.

A equipe de enfermagem é peça fundamental para a assistência na Atenção Básica no âmbito da Saúde Coletiva. Fazem parte da equipe multiprofissional atuante, diferem dos demais por serem os primeiros a terem o contato inicial com os pacientes. *“A enfermagem deve assumir seu núcleo de competência e responsabilidade, o cuidado. Cuidado este que se volta para o doente e não para a doença - atravessando subjetividades individuais e coletivas”* (MATUMOTO; MISHIMA & PINTO, 2001,p 236).

No município de Paranaíba, cidade localizada na Região Noroeste do Paraná, durante nossa atuação enquanto instrutora de estágio, numa primeira impressão, foi possível observar que os enfermeiros das unidades básicas resolvem muito mais problemas referentes à assistência prestada pelos outros profissionais (técnicos de enfermagem, médicos, secretários) e pouco executam a prática da assistência aos usuários. Suas ações se limitam, na grande

maioria das unidades, a resolver problemas de vagas para consulta médica e organizar a assistência conforme a demanda. Raramente realizam a consulta de enfermagem, fazem a triagem ou coletam o preventivo.

Schimith e Lima (2004) confirmaram, em seu estudo, que a enfermeira realiza mais atividades administrativas do que a assistência de enfermagem, e que os momentos de encontro com os pacientes são escassos.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem algumas vezes acabam ficando sobrecarregados de atividades, tendo que executar alguns procedimentos que não competem a eles. Na realidade do município de Paranaíba, eles são responsáveis pela recepção do usuário, pelo pré e pós-preparo das consultas médicas, coletam preventivos, realizam os curativos, administram soluções e fecham os relatórios mensais de seus respectivos setores. Grande parte das ações de enfermagem envolve a integralidade, desde a primeira palavra trocada com o usuário. Quando falamos em primeira palavra, lembramos de conversa, troca de informação, existência de um diálogo, uma interação entre duas pessoas – no caso da prática de enfermagem, entre o profissional e o usuário.

A prática da enfermagem na Atenção Básica acontece com muita força na realidade, porém são quase inexistentes estudos e teorias focados em tais práticas.

O principal objetivo da prática da atenção básica nas unidades de saúde são as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas com a interação entre os atores envolvidos (equipe e usuário). Podemos ressaltar que elas seriam mais eficazes se o diálogo fosse uma ação diária na assistência. É estranho pensar que alguns profissionais de enfermagem, que trabalham com o cuidado, tenham esquecido seu papel de cuidador, pois quem cuida acaba se deixando tocar pelo sofrimento do próximo, torna-se mais sensível, não é apenas um profissional que executa apenas um procedimento técnico. Esta função tem perdido o sentido devido à falta da atenção integral ao usuário

Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito se dispõe a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e por isso exige um grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências (BRASIL, 2001). Escutar tem a ver com afetação, implicação com o outro.

Quando um usuário chega a uma Unidade Básica de Saúde, ele já traz consigo uma história e é preciso estar abertos ao que ele traz como demanda e necessidade de cuidado, ou

seja, escuta nesse caso tem relação direta com ser afetado, estar implicado pelo que o outro traz e procura no serviço e na relação com a equipe de saúde. Saber seus sintomas não é o suficiente – o que vem atrás disso, sua história de vida e seu cotidiano, pode nos aproximar da integralidade.

Pelo que pudemos observar, esse é um processo ainda tênue, com muitas fragilidades. Hoje a conduta integral na assistência é pouco vista nos profissionais de enfermagem na saúde pública. Isso nos leva a indagar se será possível um dia vermos o cuidado integral como uma rotina na assistência.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo com abordagem etnográfica, o que permite ao pesquisador fazer uma leitura detalhada da realidade, complementado com a realização de algumas entrevistas. Para conseguir identificar diferentes escutas na assistência de enfermagem, tornou-se necessário conhecer de perto como acontece este trabalho, entrar no mundo dos participantes.

Adorno e Castro (1994) *apud* Dalmolin et al. (2002, p. 20) consideram que

a metodologia qualitativa, ao possibilitar um exercício reflexivo de apreensão da realidade, exige mais do que a incorporação pura e simples de técnicas. Como resultado do ‘enquadre’ da realidade que manifesta a relação sujeito/objeto, a relação estabelecida nesta apreensão requer o desenvolvimento de uma outra sensibilidade, na qual o pesquisador precisa estar disponível para rever conceitos e concepções, estabelecendo uma comunicação com a multiplicidade de perspectivas que cercam os membros desta relação.

Caprara (2008) destaca métodos qualitativos como uma bagagem de pesquisas voltados à coleta de dados sobre um “universo social”. Por método etnográfico, entende-se uma pesquisa em um terreno por um tempo prolongado e tendo um contato direto com o objeto de estudo, no qual se trata de uma atividade que vai construindo um saber teórico juntamente com a coleta de dados, não sendo, assim, apenas um método de pesquisa mas também um processo baseado numa sensibilidade reflexiva.

Os dados foram coletados através da observação e devidamente registrados em diário de campo. Para Dalmolin et al. (2002, p. 22), diários de campo são registros sistemáticos das atividades em campo, nos quais são anotadas descrições, trechos de fala, impressões, sentimentos. Este material é lido e relido durante o processo da pesquisa, para que novas interpretações sejam feitas ou questões sejam aprofundadas. Após a observação etnográfica, realizou-se entrevista com alguns profissionais da equipe de enfermagem, a fim de buscar falas e situações não identificadas nas observações.

A coleta de dados aconteceu durante os quatro meses, quando foram realizadas as observações e a entrevista. O trabalho de campo desenvolveu-se em duas unidades de saúde do município de Paranavaí. A escolha das unidades foi feita levando-se em conta as

diferenças no modo de organização da atenção básica e aspectos operacionais que permitam a viabilização da observação, assim como a diferença socioeconômica da população assistida. Em cada unidade, inicialmente, procuramos as direções das unidades, explicamos os objetivos do estudo e solicitamos sua anuência para sua realização, formalizada em termo de consentimento para a observação etnográfica. Em seguida, realizamos uma aproximação com os profissionais através de pequenas reuniões com a equipe, no sentido de esclarecer os propósitos da pesquisa. Em ambas as unidades, foi observada a assistência da equipe de enfermagem em diferentes setores. A média de observação por setor foi de três dias. A observação cessou por critério de saturação.

A observação acompanhou as atividades desenvolvidas pelas equipes de enfermagem em duas unidades básicas de saúde, conduzida pela seguinte questão orientadora: *Como os profissionais de enfermagem desenvolvem a escuta como atributo da integralidade em sua atuação na assistência?*

Clifford (2002) *apud* Caprara e Landin (2008, p. 367), define a observação etnográfica como dialética entre experiência e interpretação. É considerado um método primordial na pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica. Este tipo de abordagem vai ao encontro da realidade e envolve também o Interacionismo Simbólico, uma vez que ele é baseado na realidade das pessoas, na maneira de interagir um com o outro; tenta compreender como as pessoas agem e reagem a situações e eventos do seu cotidiano, considerando que as reações podem ser internas ou externas as pessoas.

O número de entrevistados também foi definido por saturação; participaram como sujeitos da pesquisa sete técnicos de enfermagem e um profissional administrativo. A princípio a intenção era entrevistar as enfermeiras responsáveis, porém elas não aceitaram participar da entrevista, queriam apenas responder a um questionário. Mostraram-se indiferentes a pesquisa, ignoravam a presença da pesquisadora. A escolha do grupo de profissionais de enfermagem se deu pela formação da pesquisadora, por ter trabalhado e ainda por trabalhar lado a lado com essa equipe de profissionais. Levou-se em consideração também que a quantidade de profissionais de enfermagem é numericamente expressiva quando relacionados a toda equipe multiprofissional, sendo considerada a maior equipe de trabalho das redes de serviço de saúde pública.

Durante a entrevista semiestruturada, utilizamos um roteiro composto de tópicos, descrevendo os temas sobre os quais gostaríamos de ouvir os participantes, não descrevendo exatamente as perguntas que seriam feitas, pois estas foram construídas na própria interação

da entrevista. O roteiro possuiu os seguintes tópicos: 1) Prática Profissional; 2) Interação; 3) Escuta. Optamos por fazer roteiro após a observação, pelo fato de que podíamos posteriormente conhecer de perto o que acontece e selecionar o que é relevante saber na entrevista, a fim de somar com os dados obtidos na observação. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, respeitando-se a terminologia utilizada pelos entrevistados. Conservou-se o anonimato dos profissionais observados e entrevistados, utilizando números para identificação.

O material foi submetido à técnica de análise de conteúdo. A análise constitui-se das seguintes etapas: pré-análise, que se refere à leitura inicial de todo o conteúdo e organização dos dados e análise, que se submete a categorização e tratamento do material.

Para a realização do estudo, foram observados todos os aspectos éticos envolvidos em pesquisa com seres humanos. Anteriormente à coleta de dados, o projeto foi examinado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, segundo a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa do Ministério da Saúde, que trata de ética em pesquisa com seres humanos, mediante a apreciação do projeto de pesquisa. Para darmos início à pesquisa de campo, foi encaminhada uma carta à Secretaria Municipal de Saúde de Paranavaí, solicitando permissão para a realização do estudo. Posteriormente, visitamos essas unidades, onde foi exposto o trabalho a cada chefia. Os profissionais de enfermagem das unidades que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 2.1 O município de Paranavaí- Pr

Paranavaí é uma cidade localizada no Noroeste do estado do Paraná, principal centro da micro-região de Paranavaí. Fundada em 1951 a uma altitude de 503 m, a cidade é hoje centro de um município de 1 202,4 km<sup>2</sup> de área, onde vivem 82.716 habitantes (estimativa 2009 do IBGE), o que dá uma densidade demográfica de 68,30 h/km<sup>2</sup>.

O município tem como limites o estado de São Paulo a norte e os municípios de Santo Antônio do Caiuá, São João do Caiuá e Alto Paraná a leste, Tamboara, Nova Aliança do Ivaí e Mirador a sul e Amaporã, Guairaçá e Terra Rica a oeste.



Figura 1 – Localização do Município de Paranaíba - PR

Fonte: Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1 de julho de 2008).

Quanto a Economia a citricultura é uma das mais recentes alternativas agrícola da região. Apesar de nova, ela veio com muita força e transformou Paranaíba no maior produtor de laranjas do Paraná. A safra 2002/2003 produziu 6 milhões de caixas de laranja (estimativa baseada na quantidade vendida para as duas indústrias instaladas no município). A Paraná Citrus (antiga Citrocoop) e a Citri - Indústria, Comércio e Exportação LTDA - são as responsáveis pela transformação da laranja. Praticamente todo o suco produzido nas indústrias é exportado. Dois outros sub-produtos da laranja, - óleo essencial e o D'limoneno - também são exportados. No mercado interno, o suco abastece as indústrias de refrigerantes. Além disto, a laranja in natura é comercializada nos estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul.

A região de Paranaíba também produz mandioca, algodão, café, bicho-da-seda, pecuária, abacaxi e soja. Dessas, a produção de mandioca é a mais significativa. É a segunda maior do estado e ocupa 30 mil hectares. A produtividade da região é duas vezes superior que a média nacional. Na região se colhe, em média, 30 ton. por hectare. A média brasileira é de 13 Ton por Hectare.

O café ocupa 14 mil hectares de lavouras. Este número aumenta a cada dia com a implantação do sistema de café adensado, que está trazendo de volta a cafeicultura para o Noroeste do estado.

O bicho da seda é uma cultura que gera muitos empregos. São duas mil toneladas de casulos de bicho da seda produzidos na região, comercializados nas indústrias de fiação de seda.

A principal atividade da região é a pecuária de corte. As pastagens ocupam 75% da área da região. O rebanho é de aproximadamente 1 milhão e 100 mil cabeças e a raça predominante é a nelore. Na região, também é forte a criação de búfalos. É o segundo maior rebanho de bubalinos do Paraná. Para atender um segmento deste, Paranavaí conta com 2 grandes frigoríficos com capacidade de abate de 1400 bois por dia. São aproximadamente 450 toneladas de carne por dia, que abastecem os estados do Paraná, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Juntos, os frigoríficos geram mais de 650 empregos diretos e estão prontos para colocar seus produtos no Mercado Comum Europeu.

O município conta com uma estrutura de pesquisas e difusão de tecnologia. O Iapar - Instituto Paranaense de Assistência Rural e a Estação Experimental de Cana-de-Açúcar da Universidade Federal do Paraná representam um avanço tecnológico para a agricultura da região.

Paranavaí é o pólo para o atendimento médico dos municípios do noroeste do Paraná. Para isso, a cidade conta com um Centro Regional de Especialidades, com consultas nas mais variadas áreas da medicina. O município também possui um Hemonúcleo Regional, atendendo a uma população de aproximadamente 300 mil pessoas. Os dois centros fazem parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos municípios do noroeste.

O município ainda conta com centenas de clínicas e hospitais fazem de Paranavaí centro de referência para a saúde da região. Com ambulatórios de ortopedia, ginecologia, obstetrícia, maternidades, UTI e leitos suficientes para o atendimento de toda a região, a cidade recebe dezenas de ônibus com pacientes diariamente. Também possui 13 Unidades Básicas de Saúde, onde são prestados todos os serviços fornecidos pelo Sistema Único de Saúde- SUS.

## AS UNIDADES DE SAÚDE OBSERVADAS

Esta pesquisa possui um objetivo, que é caracterizar a interação entre os profissionais de enfermagem e o usuário, observando se a escuta é utilizada e de que modo é utilizada na sistematização do cuidado. Diante deste pequeno, porém intenso objetivo, uma vez que observar a assistência e refletir sobre ela envolve muito discernimento entre o que é real e o que é surreal.

Foi realizada observação em duas unidades básicas do município de Paranavaí, que serão aqui nomeadas de A e B. O município de Paranavaí possui atualmente 13 unidades básicas de saúde, e vale destacar que as estruturas físicas de 11 unidades são iguais, diferenciando-se apenas a utilização das salas conforme estipulado pela coordenação de cada unidade. Apenas duas unidades, construídas no ano de 2008, possuem estrutura física diferenciada. As Unidades Básicas de Saúde observadas possuem estruturas idênticas, mas a disposição das salas é diferenciada. A rotina das unidades é muito semelhante.

Inicialmente, houve a ideia de observar apenas a equipe de enfermagem; no entanto, no percurso da pesquisa, surgiu uma funcionária administrativa que trabalha na recepção de uma das unidades, optou-se por introduzi-la como participante da pesquisa devido a sua postura diferenciada diante dos pacientes.

A equipe de enfermagem é composta por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros. No campo da pesquisa não existiam auxiliares, apenas técnicos que aceitaram participar da pesquisa, no entanto os enfermeiros foram cordiais em aceitar a pesquisa em seu campo, uma vez que o coordenador de todas as Unidades Básicas de Saúde já havia autorizado. Mesmo permitindo a pesquisa, houve muita dificuldade em obter participação das enfermeiras responsáveis. Na unidade A encontrei a enfermeira apenas nos últimos dias da observação, manteve-se afastada primeiramente por motivos de deslocamento de função nas unidades do município e depois alegava problemas de saúde. Na Unidade B, havia dificuldade em encontrar a enfermeira nos horários da observação, porém, os profissionais relatavam que ela dificilmente faltava, só se houvesse problemas de saúde.

A dificuldade maior encontrada para obter participação por parte das enfermeiras foi na observação, principalmente na Unidade A, a profissional acabava fugindo da pesquisadora. Na Unidade B quando a enfermeira estava presente, permitia ser observada, porém aconteceu

apenas um dia. Com relação às entrevistas, ambas recusaram, queriam apenas responder a um questionário. Tais fatos justificam a falta da presença do profissional enfermeiro neste presente trabalho.

Logo que cheguei a Unidade A para iniciar as observações, minha estratégia foi localizar setores onde as ações dos profissionais de enfermagem para com os pacientes acontecia. Portanto foram selecionados os seguintes setores: recepção, sala de pré-consulta e pós-consulta, sala de vacina e sala de curativo.

A recepção é a porta de entrada de uma Unidade Básica de Saúde, é ali que o usuário deveria receber o “acolhimento” inicial. O setor da recepção, representado por um balcão, mesa e porta de entrada, pode ser considerado um cartão de visitas de toda e qualquer instituição prestadora de serviços de saúde pública ou privada (GIORDANI, 2008). Partindo deste pressuposto, a observação se iniciou pela recepção das Unidades A e B. Existe uma pequena diferença entre elas, tanto na disposição e utilização da sala, quanto na rotina.

### **3.1 Unidade A**

A Unidade A possui, dentro da mesma sala, todas as fichas, os computadores para agendamento e cadastro e uma bancada para atender aos usuários. Os agendamentos variam conforme os médicos. O agendamento é realizado apenas para o médico ginecologista, todas as sextas feiras. Se, durante a semana, alguma paciente necessitar de atendimento, ficará aguardando vaga, esperando a desistência de outra paciente.

Os outros médicos não realizam agendamento de consulta. Os pacientes chegam de manhã e agendam consultas conforme a ordem de chegada. Nota-se que a figura do médico é o centro da atenção da unidade, que a demanda dos atendimentos é focada apenas em suas consultas. Schimith e Lima (2004, p. 1.490) concluíram, em seu trabalho, que “a demanda única para o médico, de atendimentos clínicos, contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe”.

Os pacientes chegam de madrugada para formarem uma fila de atendimento. Todos os dias, às 6h50min, uma das funcionárias da recepção chega para abrir a unidade e organizar a fila, oferecendo 16 vagas por médico. “A população está sendo desumanamente tratada, tendo que enfrentar fila na madrugada” (SHIMITH; LIMA, 2004, p. 1.490). Por volta das 7 horas,

outra funcionária chega e tem início o atendimento na bancada da recepção, como se fosse um caixa de banco. Após os pacientes deixarem os nomes para a consulta ou deixarem seu nome no aguardo de vaga, os profissionais procuram seus nomes no sistema e encaminham as fichas à sala de preparo. Percebeu-se certa passividade, por parte dos pacientes, que muitas vezes aceitam com tranquilidade a maneira que são recebidos na unidade. Giordani (2008, p. 149) cita o estudo de Oliveira (2007), que indica que 90% dos clientes mal atendidos não reclamam. Isso acontece ou porque sabem que não serão acolhidos, ou por medo de algum tipo de pressão na instituição, ou por não saberem com quem, onde e como reclamar.

O acolhimento ao paciente acontece quando o profissional de saúde escuta suas queixas e apresenta resolutividade a elas, e só é possível acontecer quando existe uma interação entre eles, onde ambos exercem o diálogo, sendo este indispensável para o desenvolvimento de uma assistência efetiva. Camelo et al. (2000, p. 31) destaca que a “saúde exige profissional ético e responsável, na medida em que este passe a reconhecer no usuário dos serviços um ser repleto de necessidades complexas e nem sempre objetivadas em uma doença”.

### **3.2 Unidade B**

A Unidade B possui uma sala apenas para o fichário e agendamento, ficando para a recepção apenas o cadastro dos pacientes. Aqui também é formada uma grande fila. A funcionária chega às 6h50min para começar o atendimento, passa paciente por paciente, procurando saber o que têm, e agenda a consulta. Não existe agendamento prévio para nenhuma especialidade médica. Após entregarem as senhas, os pacientes deixam os nomes com a funcionária que separa as fichas e encaminha até a sala de pré-consulta. A dificuldade existente nas duas unidades é o número limitado de consultas, comparado com o grande número de pacientes na fila. Este problema existe devido à centralização na figura do médico, pois muitas vezes as pessoas não precisavam da consulta, mesmo que este fosse seu objetivo. Se fosse oferecido outro método de assistência, o paciente poderia sair satisfeito da unidade sem ser atendido pelo médico.

Giordani (2008, p. 101) cita Smeke (2006), apontando que é possível acolher as razões do cliente e oferecer estratégias de enfrentamento, agindo terapêuticamente ao buscar consenso com aquele que vivencia esse processo. Ao se trabalhar profissionalmente as

dimensões de modo integrado, considerando as diferenças e deixando de lado as próprias necessidades, carências, funcionamento e potencialidades, pode-se encontrar a pessoa do outro e junto a ela um consenso de interesses, instaurando-se, assim, uma terapêutica. Quando isso ocorre, na maioria das vezes o próprio cliente dispensa os medicamentos e adere ao tratamento para trabalhar melhor seu estado.

Para o paciente, o grande acolhimento é encontrado durante a consulta, já que o profissional médico, de uma forma ou de outra, seja humana ou desumanamente, consegue resolver o problema que o levou até a unidade, focando sua atenção apenas em sua queixa principal.

Ramos e Lima (2003, p. 28) colocam que “o modelo de pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral do indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva”. Ainda neste sentido, Schimith e Lima (2004) constataram que, durante sua pesquisa, a auxiliar de enfermagem responsável pela recepção utiliza o critério “não tem febre” ou “não tem vaga” para negar o acesso. Hoga (2004) ajuda neste contexto, quando salienta que várias demandas não atendidas e queixas sobre o atendimento poderiam ser minimizadas se os clientes tivessem sido ouvidos, compreendidos, acolhidos, considerados e respeitados.

### **3.3 Unidades A e B**

Especificamente na recepção, existem posturas profissionais muito distintas entre as unidades A e B.

A Unidade A possui duas funcionárias da equipe de enfermagem para a recepção, que ficam sentadas na bancada, uma delas num banco que permite ficar na mesma altura do paciente e a outra numa cadeira, ficando um pouco mais abaixo, dificultando a proximidade. Não foi constatado nenhum maltrato aos pacientes, só que não encontram uma assistência integral, acabam de certa forma conseguindo o que precisam, mas sempre de forma mecanizada; as funcionárias procuram agir com gentileza, apresentam sorriso, só que a escuta não foi identificada nenhuma vez em toda a sua totalidade.

Um bom exemplo aconteceu quando as funcionárias sorriam para os pacientes, não falavam “bom dia”, mas queriam demonstrar gentileza. Neste mesmo dia, uma paciente

aproximou-se da bancada, fez uma pergunta e a funcionária que sorriu respondeu sem parar de fazer seu trabalho, ela estava organizando prontuários e assim continuou.

Em outra situação, uma paciente se aproximou do balcão e a funcionária perguntou: “o que foi?”. Ela começou a falar, foi cortada pela funcionária que pediu o nome, a paciente continuou a falar e a funcionária falou que era só aguardar e a paciente foi sentar. É nítido que a funcionária pouco se importava com o paciente, e o tratou como uma ficha a ser carimbada.

Schmith e Lima (2004, p. 1.488) enfatizam em seu trabalho que não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Destacam, ainda, que acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato. A inserção do diálogo na interação entre os profissionais de saúde e o paciente é um grande atributo para o exercício do acolhimento, lembrando que, para ser eficaz e útil na assistência, a escuta deve ser praticada profundamente.

O diálogo requer uma relação horizontal de pessoa a pessoa sobre o objeto e pressupõe, inicialmente, abertura e desvelamento da realidade pessoal, a fim de efetivamente estabelecer uma relação dialógica no nível coletivo. O diálogo requer, ainda, um conhecimento prévio da realidade pessoal e profissional: encontros efetivos com a subjetividade do outro para diminuir a distância entre o sujeito e o objeto (BACKS et al., 2005, p. 4).

Por sua vez, na unidade B os pacientes costumam sair satisfeitos com a atenção recebida no setor da recepção. Vale destacar que a funcionária responsável pelo agendamento trabalha há 19 anos pela Secretaria de Saúde do município, sendo que há 16 anos nessa mesma unidade, e que ela não faz parte da equipe de enfermagem, é contratada como funcionária administrativa. Ao contrário da Unidade A, além de existir a simpatia e a gentileza, conseguimos observar algumas vezes o exercício da escuta na atenção voltada ao paciente neste setor.

Houve uma situação em que uma senhora chegou pedindo consulta, não havia mais vaga, e ela perguntou o que ela estava sentindo. A senhora disse que sentia muita tontura. Aí ela abraçou a senhora e disse: vou ver o que consigo fazer, pode me aguardar? A senhora aguardou, a funcionária foi até ela e explicou sobre a quantidade de consultas e que poderia demorar para ser atendida. Perguntou à paciente se estava bem para ela daquela forma. A

paciente aceitou e conseguiu a consulta. Não percebemos nenhuma relação de amizade ou familiaridade entre elas, foi uma atenção profissional mesmo, contendo a existência de afeto.

É interessante ressaltar, na situação acima descrita, a interação, comunicação, a demonstração da integralidade utilizando a escuta como atributo. A pessoa que o profissional de saúde é e as condições nas quais ele se encontra no momento em que se comunica com o paciente têm importância vital no processo de comunicação (STEFANELLI, 2005). A autora ainda destaca a importância de o profissional fazer uso consciente de sua competência em comunicação, pois tudo o que ele é, diz ou faz – ou seja, seu comportamento – comunica alguma coisa e pode afetar o comportamento do paciente.

A mesma funcionária citada no exemplo anterior agendou uma consulta para uma senhora surda, para o último horário da manhã. Após ter encaminhado a ficha ao preparo, observou de sua sala que a paciente estava indo embora, então pediu licença ao paciente que estava atendendo e foi buscar a paciente e a levou para a sala de preparo, procurando saber por que a paciente estava indo embora. As funcionárias do setor disseram que a consulta ia demorar. Então a responsável pela recepção disse que não tem como liberar uma paciente dessas, que ela não tinha condições de ir embora sozinha, que não iria retornar. Então ela pegou a paciente pelos braços e a colocou em um banco e da maneira que foi possível explicou que ela não poderia ir embora, que iria demorar um pouco, mas que seria atendida. Ainda disse que quando o médico chegasse, ela mesma iria conversar com ele para atendê-la primeiro. Nesta situação aconteceu um grande acolhimento por parte da funcionária responsável pela recepção, e não podemos dizer o mesmo da equipe da sala de pré-consulta.

O acolhimento deve ser utilizado por todos os profissionais que compõem a equipe de saúde de determinada unidade. O paciente não pode encontrar o acolhimento em apenas algumas partes; as ações devem ser iguais e coerentes, para que ele saia satisfeito e com seus problemas sanados.

Franco et al. (1999, p. 347) afirmam:

[...] o acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da ideia básica de acolhimento, que se construiu como diretriz operacional.

A inserção do acolhimento na prática é fundamental para que o resultado visto seja a integralidade na assistência, uma vez que não devemos recortar o paciente em partes, reduzi-lo apenas à doença. Relembramos Mattos (2001), que coloca como um dos sentidos da integralidade o “traço da boa medicina”, no qual critica a atitude fragmentária dos profissionais, cada vez mais reducionistas, e destaca o cuidado em não recortar o corpo humano. Gomes e Pinheiro (2005, p. 23) relatam em seu texto que é possível identificar alguns atributos da atenção integral à saúde, tais como “atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar créditos a, dar ouvidos a, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si”.

Em relação à sala de pré-consulta, onde o preparo dos pacientes é realizado, a rotina e assistência são semelhantes, para não dizer, iguais. As salas de preparo das Unidades A e B são iguais na estrutura, muda apenas a disposição dos móveis. Os pacientes, após passarem pela recepção, aguardam na sala de espera a chamada para o preparo. A funcionária do preparo chama os pacientes conforme a ordem das fichas que já vêm da recepção, não existe prioridade no atendimento em nenhuma das unidades. Após o preparo (verificação dos sinais vitais), os pacientes retornam à mesma sala de espera, e quando os médicos chegam, eles são encaminhados ao corredor dos consultórios.

Na Unidade A, apenas uma profissional de enfermagem é responsável pela sala; ela recebe ajuda de uma estagiária de enfermagem durante o horário de pico no setor. A responsável pela sala trabalha mecanicamente, enquanto a estagiária procura atender holisticamente aos pacientes, tanto adultos como crianças.

O profissional cumpridor de suas atividades rotineiras de modo mecânico tende a repetir erros, carecendo conscientizar-se da importância de correção, aprimoramento e avaliação contínua (GIORDANI, 2008, p. 92).

Vale a pena destacar algumas situações, para facilitar a compreensão da assistência neste setor. No dia do preparo das crianças, a responsável pelo setor permanecia sentada à mesa e gritava o nome da criança, com o tom de voz muito alto; se a criança não aparecia, ela gritava novamente, não levantou uma só vez para ir à porta chamar a criança. Os pais mal entravam na sala ela indagava: tem a carteira de vacina? Qual a idade dele? Não olhava para a criança, nem para os pais. Levantava e falava para a criança: “sobe aí”, pesava, media e falava: “é só aguardar”. Não trocava palavra alguma com a criança ou familiares. Então uma estagiária de enfermagem chegou para ajudar a auxiliar no preparo. Depois de sua chegada, as

crianças começaram a ser atendidas de forma melhor, com mais carinho, e os pais eram escutados com atenção.

Sá (2001) *apud* Giordani (2008, p. 39) deixa claro que:

para cuidar satisfatoriamente do outro é preciso perceber o imperceptível, ou seja, olhar e ouvir as necessidades não verbalizadas pelo cliente, mas por ele expressadas em gestos, palavras balbuciadas, olhares e outras mensagens corporais que podem ser codificadas pelo profissional, uma vez que costumam dizer muito e podem nortear o cuidado ao ser humano.

Aconteceu de uma mãe chegar à porta da sala de pré-consulta e perguntar se já estavam preparando as crianças, a funcionária estava verificando a pressão arterial de um paciente, sem virar e olhar para a mãe, respondeu dizendo: “estamos, a hora que chegar a vez dela eu chamo”. A mãe lança um olhar de raiva à funcionária, vira as costas e vai se sentar; depois vimos a mesma mãe indo fazer a mesma pergunta à estagiária de enfermagem, que sempre se mostrou um pouco mais cordial. A atitude da mãe demonstra falta de confiança na primeira funcionária, procurando confirmar o seu atendimento e sendo tratada com mais gentileza, a mãe apresentou expressão de maior aceitação. Camelo et al. (2000, p. 34) relatam que a pessoa a ser ajudada tem suas dificuldades e que merece atenção e respeito por parte de quem presta ajuda. O profissional deve ter a habilidade para abordar o usuário de maneira mais adequada possível, de modo que ele se sinta valorizado.

No preparo com os adultos, a profissional de enfermagem do setor manteve a mesma postura. Em outra ocasião, a paciente chegou, apenas perguntou a idade e verificou a pressão arterial, quando terminou de verificar a PA, falou para a outra que estava na sala: “Que bonito, a manicure que fez minha mão ontem, nem tirou direito o esmalte vermelho que estava”. A paciente levantou e saiu da sala, já sabendo que o preparo estava terminado, pois a funcionária virou as costas para a paciente.

No exemplo acima, a paciente foi tratada como a passagem de uma página de livro sem ler – como se a funcionária estivesse apenas folheando o livro, sem precisar estar atenta.

Fato muito interessante aconteceu no período de observação da Unidade A. Enquanto a estagiária estava apenas sendo apoio nos setores, ela atendia aos pacientes adequadamente, conversava, procurava saber sobre ele, parava e olhava nos olhos, orientava o necessário. Durante a pesquisa, houve mudanças do quadro funcional da unidade, a funcionária do preparo foi removida para outra unidade do município e a estagiária teve que assumir o setor.

Houve uma mudança muito grande na sua assistência. Sua postura mudou completamente, ficando semelhante à da antiga funcionária. Chamava o paciente gritando, mal chegava e já ia pesando, medindo, verificando a PA e dispensando. Quando os pacientes perguntavam algo, recebiam a resposta curta e grossa, com a paciente virada de costas para eles, ou sem movimentar o rosto para eles enquanto escrevia. Via-se muita insatisfação na face dos pacientes.

Anteriormente, no preparo das crianças, a estagiária era atenciosa com os pais e carinhosa com as crianças; depois de ficar sozinha, aconteceu de chegar uma criança à sala, ela nem olhar para a criança e falar: ele teve febre à noite, nem esperou a resposta da mãe e já foi pegando o termômetro e colocando na criança. A estagiária, que ia até a porta chamar o paciente nos dias anteriores, agora chamava os pacientes gritando também, tendo a mesma postura profissional da antiga funcionária.

Imaginando o motivo dessa mudança brusca de comportamento, podemos considerar que antes ela não possuía um setor pelo qual assumir total responsabilidade. A questão da fila no período da manhã acabava deixando o serviço um pouco desorganizado na questão de horários. Nas unidades de saúde em geral, existe um pico de atendimento, após o qual a demanda acontece lentamente, permitindo que os funcionários executem os cuidados e a atenção ao paciente adequadamente. Esse fato corrobora Giordani (2008, p. 149), que destaca em seu trabalho que o atendimento ao público para o agendamento de consultas é muito mal distribuído. Tal situação não só contribui para a formação de enormes de filas, como sobrecarrega de trabalho os funcionários em determinados horários, em contraste ao restante do tempo, quando muitos ficam completamente ociosos.

Ainda com relação à mudança de comportamento da funcionária, desejamos comparar com a atuação da outra funcionária. Por que existe comportamento semelhante entre elas? Seria a falta da atenção integral no atendimento ao cliente apenas? Ou talvez exista a falta de integralidade do serviço com os funcionários também. Neste sentido, vale a pena destacar Giordani (2008, p. 168), quando afirma que “um profissional que seja valorizado e reconhecido tem a autoestima alavancada e tende a desenvolver uma visão mais integralizada daquele a quem assiste, melhorando sua abordagem e cuidados dispensados ao indivíduo e à comunidade”.

Na Unidade B, a assistência não foi diferente, não foi possível identificar nenhuma preocupação com o modo de vida e sentimentos dos pacientes. Nesta unidade, existe também apenas uma profissional de enfermagem durante o preparo, e uma funcionária da vacina

oferece apoio durante o preparo dos pacientes. Para melhor compreensão, vamos destacar algumas situações na assistência.

Durante o preparo das crianças, uma funcionária permanecia sentada de costas para a porta e virada para a mãe e a criança, apenas anotava os dados. A outra funcionária chamava a criança, a mãe chegava e a criança já era colocada na balança, não trocava nenhuma palavra com a criança, e raras vezes indagava algo à mãe. Quando a criança chorava, dirigiam-se à criança.

Em uma das observações citadas por Camelo et al. (2000, p.35), existe muita semelhança com a realidade encontrada:

[...] a mãe trouxe o filho para consultar. Na sala de pré- consulta da pediatria, foram verificados o peso e a altura da criança rapidamente e registrados no prontuário. Sem perguntar qualquer outra informação a auxiliar falou para a mãe esperar no banco pela chamada do médico para a consulta.

No preparo dos adultos também não foi diferente. Aconteceu de um paciente chegar e falar: “Oi, bom dia!”, ninguém responder e logo irem perguntando a idade, já pedindo para subir na balança. Assim como chegou uma paciente pálida, com olheiras, expressão de dor e cansada. Só perguntaram a idade e se estava com febre, mediram a PA, pesaram e pediram para esperar. Em nenhum momento foi questionado o estado da paciente. Durante um atendimento, a funcionária foi à porta e chamou por um paciente; ele mal entrou na sala, ela já estava com o aparelho de PA na mão, ele queria falar, começou a falar do seu estado de saúde. Então a funcionária falou: “Eita, meu Deus” e solicitou para subir na balança, mesmo na balança o paciente continuava a falar, só que a profissional pediu para aguardar, cortando o paciente.

É evidente, nas situações acima descritas, que os pacientes desejavam e precisavam ser escutados. Ainda alguns profissionais não se conscientizaram de que dialogar com o paciente pode amenizar a dor e anseios dos pacientes, contribuindo muito para seu restabelecimento. A comunicação entre o usuário e o profissional tende a ser insatisfatória, ou pela falta de tempo, que dificulta a compreensão das diferentes experiências de vida, ou pela insuficiente preparação para escutar ou dialogar com o paciente (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Na pesquisa realizada por Schimith e Lima (2004), um trabalhador caracteriza os usuários que “batem ponto” no serviço como dependentes emocionais, sem questionar o

porquê de tal atitude. É possível que suas necessidades de saúde não estejam sendo ouvidas e, portanto, não atendidas, por isso o retorno insistente. Muitas vezes, a insistência do paciente em desejar expor o que de fato acontece faz com que o profissional o coloque como o “chato” na situação, o que é uma forma de implorar atenção.

Quanto à sala de vacina, foi interessante ver que os pais ou responsáveis saíam satisfeitos das duas unidades, apesar de seus filhos não serem preparados para o procedimento. Logo que os pais entram na sala de vacina com seus filhos, a funcionária já se encontra sentada na mesa, sempre os cumprimentam e solicitam a carteira de vacinação. Identificam qual a vacina necessária e fazem o aprazamento. Durante este tempo, um silêncio permanece. Após todos os dados burocráticos terem sido devidamente anotados, a funcionária explica onde a vacina vai ser identificada, todos os efeitos colaterais que ela pode ter, as maneiras de amenizar os hematomas que possam surgir, assim como a dor. Em seguida prepara a vacina e solicita à mãe segurar a criança. A escuta não acontecia, o que aconteceu foram apenas excelentes orientações.

Na unidade A, a profissional responsável pela sala conversa com os pais os ouve, mas não os escuta, da mesma forma acontece na Unidade B. Existe muita semelhança, para não dizer igualdade, de assistência das duas unidades no setor de vacinas. Vale a pena ressaltar que o assunto vacina, era realmente muito bem trabalhado com os pais ou responsáveis, só que a criança tão pouco era vista como a pessoa principal no atendimento, apenas recebia a vacina. O máximo escutado foi: “não chora, bebê, não vai doer”. Um pai chega com a criança para vacinar, a funcionária avisa que ela vai ter que tomar determinada vacina, faz as orientações convenientes, pega a criança e a posiciona como uma peça que precisa ser encaixada no meio das pernas do pai e fala: “segura firme aí, senão a vacina pode não pegar”. E o olhar para a criança, existiu? Sentimos que para os pais a assistência é ótima, porque recebem a orientação e explicação necessária. Só que a criança não, é uma parte inerte no procedimento.

Shimitz (2005, p. 187) relata que

o profissional deve ter sentimento de amor a criança e demonstra-lo na pratica diária através da manutenção de relações afetivas [...]. Quanto melhor forem atendidas as necessidades básicas da criança, tanto mais positivo será o ego e sua emotividade. Não basta cuidar, fazer coisas; é preciso falar, tocar, acariciar, estimular.

Foi possível observar a sala de curativo apenas da Unidade A e por apenas um dia devido à falta de material na Secretaria de Saúde. São realizados diversos tipos de curativos, os mais comuns são úlceras de pé diabético. Como a cicatrização é lenta, o contato entre profissional e paciente é longo. Quanto aos procedimentos, eles acontecem dentro da técnica. Fica uma falha, a comunicação entre o profissional e usuário. Foi possível observar apenas quatro curativos, porém foi o suficiente para perceber como procede a assistência, não houve diferença de uma paciente para o outro. O paciente chegava e já cumprimentava a funcionária pelo nome e ela também, logo ia sentando na maca e ela separando o material para realizar o procedimento. Enquanto os pacientes falavam, ela respondia com toda a simpatia, só que não parava o que estava fazendo para escutar, apesar de não olhar, não dirigir seu corpo para o paciente e sim para a lesão do curativo. Os pacientes aparentemente mostravam-se satisfeitos com a assistência. Será que era pelo modo como foram recebidos ou apenas pela execução do curativo?

Segundo as observações, as enfermeiras das duas unidades também possuem posturas semelhantes: sempre envolvidas com as atividades burocráticas. Quando exercem a assistência, algumas vezes procuram colocar a escuta em ação, mesmo de forma inadequada, e em outras a deixam bem longe. Conseguimos observar diretamente apenas um dia a enfermeira da Unidade B e uma situação se destacou, apesar de na maioria das vezes estar ocupada ao computador e sempre continuar trabalhando e conversando com o paciente. No dia da observação, chegou um paciente que mora em um sítio próximo do município de Paranavaí, e como já foi dito sobre o agendamento, não existe agenda de consultas na unidade. Ele contou toda a história para ela, da filha que tinha em casa, que sempre estava doente, que nunca consegue consulta, que não tem dinheiro para pagar. Ela o olhou com um olhar de piedade, dizendo: “nossa, senhor, que batalha diária é esta sua vida hein! Olha, eu não poderia fazer isto, traz sua filha amanhã que dou um jeito dela consultar”. O paciente sorriu e falou: “obrigado, obrigado... Deus lhe pague!”. Nesta situação aconteceu o exercício da escuta.

Uma das funções técnico-administrativas do enfermeiro é o gerenciamento da unidade básica de saúde. Entre as atividades técnico-assistenciais, o enfermeiro deve aplicar o processo de enfermagem individual e comunitário, executando a consulta de enfermagem. O enfermeiro é capacitado durante a graduação para exercer tais atividades. Foca mais suas atividades na parte administrativa, pois deixa o médico apenas cumprir a parte assistencial, ainda que fragmentária, ao paciente. Takemoto e Silva (2007) destacam que o trabalho da

enfermagem tem obedecido a uma lógica centrada no trabalho médico e no procedimento, desviando-se de seu foco – o usuário e suas necessidades de saúde.

Depois de relatar como acontece a assistência aos pacientes nas unidades, agora é a hora de analisar a postura frente à escuta em todos os setores. Primeiramente, é interessante ressaltar que, para exercer satisfatoriamente e colocar a integralidade em ação, é necessário uma grande interação entre o profissional e usuário, à qual a escuta é inerente.

Percebe-se, na pesquisa, que a equipe observada sabe apenas ouvir o paciente. Sua postura em escutar é quase inexistente, na recepção se observa a posição de uma funcionária, que fica sentada abaixo da bancada, dificultando o contato visual, que é um atributo muito importante na escuta, além de sempre continuar fazendo atividades enquanto o paciente relata o que acontece com ele. No preparo, a posição virada para o paciente, respondendo sem nem o olhar para saber quem é, também retrata a escuta ineficaz. E ainda vemos o chamado aos gritos, a falta de cumprimento, o paciente querendo falar e sendo podado. Na sala de vacina, orientações são realizadas, mas o posicionamento para a escuta não há. Enfim, na sala de curativo, a funcionária ouve muito bem, é possível até acreditar que ela “escute”, só que não coloca em prática a postura corporal necessária para colocar a escuta realmente em prática.

A demanda de pacientes das duas unidades é muito grande, o horário do preparo é muito próximo ao da consulta médica. Então acabam tratando os pacientes como peças de máquinas que precisam ser passadas adiante. Nem observam os defeitos delas.

## 4 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

### 4.1 Sensibilidade ao paciente

Quando os profissionais de saúde optaram em trabalhar em tal área, tinham noção de que seu objeto de trabalho seria o ser humano. Este objeto não é uma peça mecânica que, para solucionar o problema, abrimos, encontramos o problema, solucionamos e a entregamos funcionando normalmente. O ser humano, pensa, reage, interage, sofre, sente dor, medo, raiva, carência – enfim, o profissional não pode fazer o que quiser com o paciente. E quando tenta fazer, esquecendo o lado humano e deixando de lado os sentimentos do paciente, é visto como um mau profissional, desumano em sua assistência.

Agora, reportando-nos especificamente à equipe de enfermagem, segundo Amestoy et al. (2006, p. 445):

[compreende-se] que o objeto do processo de trabalho da enfermagem é o ser humano que busca a tarefa profissional, isto é, a execução do cuidado terapêutico pela equipe de enfermagem, a qual conta com ferramentas de trabalho que consistem em meio que visam o alcance da satisfação das necessidades humanas.

É importante destacar que as necessidades humanas englobam tudo que o ser humano contém. A enfermagem não deve trabalhar apenas em função da doença em questão. Amestoy et al. (2006, p. 445) ainda afirmam que o fator que tende a agravar essas alterações emocionais encontra-se no fato de o trabalho ser executado de forma fragmentada.

Na realidade desta pesquisa, foi possível observar o quão mecanizada é a assistência, e durante as entrevista, obtivemos relatos de alguns profissionais que demonstraram certa insensibilidade ao paciente.

Quando um paciente chega à unidade de saúde, ele traz consigo uma história de vida. E procurar saber como é a vida além das portas da unidade básica, faz com que o profissional compreenda muitas vezes reações, sentimentos e até mesmo os processos de doença que até então eram incompreendidos. Escutar o paciente, saber quem ele é, como ele vive, qual sua rotina, como é seu trabalho, seus problemas, medos, angústias. Além de ser um processo humano para com ele, o atendimento integral facilita muito a prática de trabalho, pois o

profissional vai saber exatamente o motivo real que o leva a procurar o serviço, oferecendo o que ele realmente precisa, fazendo com que, desta forma, o serviço também fique mais organizado, além de satisfazer o paciente com toda a compreensão e sensibilidade dispensadas a ele.

O processo de cuidar no sentido da relação entre dois seres humanos consitui-se de duas vias: o de um ser humano dotado de preparo técnico-científico e humanístico e disponível para o cuidado efetivo; e de outro ser que está necessitando de ajuda de um profissional, que é dotado de tais atributos (HOGA, 2004). Um dos quesitos primordiais para se conseguir desenvolver a sensibilidade é entender o que realmente acontece com o paciente, é dialogar, interagir, e acima de tudo escutar atentamente o que ele diz.

Eu tento escutar bem, converso o necessário com ele, eu acho que o paciente se sente bem. O paciente chega, vou fazendo o curativo, ele vai falando, e eu vou escutando. Termino o curativo, ele vai embora. Cada paciente que chega ele é diferente, uma história, oriento só coisas referentes ao curativo. Problemas que não tenha nada haver com procedimento, eu não levo adiante. Eu escuto apenas, mas não dou o retorno, se não tiver nada haver com minhas atividades aqui dentro. (4).

Segundo o relato acima, a funcionária parece saber a diferença do modo vida de cada um, mas trata os pacientes de forma igualitária. De acordo Hoga (2004, p. 14) afirma que é de “suma importância que o profissional de saúde tenha ciência de que as diferentes características individuais das pessoas fazem parte da natureza humana”. A funcionária demonstra desinteresse pelo paciente, apenas capta o que a interessa e tampouco se preocupa e se sensibiliza com dizeres do paciente que não estejam relacionados ao procedimento que o levou até a unidade de saúde. Diante de tudo, ainda acredita que escuta o paciente, mesmo que não devolva ao paciente a resposta que ele espera.

Quando o paciente está com uma pressão alta, eu procuro saber o que ele está tomando, às vezes pego o prontuário e vou ver o que ele está tomando, oriento ele. O idoso geralmente ele esquece do horário, às vezes a pessoa passa muito corrido, e não orienta. (5).

Nesta situação, a funcionária precisa dirigir-se ao prontuário para saber dados do paciente. Tampouco desenvolve um diálogo a fim de saber a situação real do paciente, qual a medicação, se a medicação é oferecida pelo SUS, e se não, será que o paciente possui

condição econômica para comprar mensalmente a medicação? Não procura saber outros fatores que podem estar desencadeando a pressão alta, não se interessa saber sobre a vida do paciente, como ele a organiza.

Na sistematização da assistência de enfermagem, pode-se verificar o valor da escuta e comunicação para o desenvolvimento de toda a sua prática, permitindo a personalidade da assistência e oferecendo o cuidado necessário, competente e humano, aquele que merece toda nossa atenção como ser humano e pessoa que é.

Contrapondo as falar acima relatadas, e mostrando que nem tudo parece estar perdido, encontramos profissionais que procuram desenvolver a sensibilidade, estabelecendo relações de confiança e carinho por parte dos pacientes.

Às vezes o paciente vem verificar pressão todo dia, você verifica e manda ele embora e as vezes ele precisa conversar, pra ele ficar bem, só conversar. Você pode simplesmente ouvir, só ouvir, não capturar nada daquilo, não falar nada para o paciente. O paciente fala, fala e você fala, ah, tá bom! Faz isso mesmo, e não se importa. Ou então você, entende o que ele quer, observa o lado emocional quando ele fala. Eu tento escutar bem o paciente.(3).

A funcionária 3 exemplifica uma situação em que a escuta não acontece, para posteriormente dizer como a assistência deve proceder para que a escuta aconteça na prática.

Às vezes o paciente está muito agressivo, nervoso. Aí eu vou conversando primeiro com ele, pra depois eu falar o que tenho que falar, por que se eu logo falar, eu bato de frente com ele. Às vezes o paciente vem em tempo de matar a gente mesmo, aí a gente vai conversando, escutando, então ele recebe aquele não, melhor do que ele chegou, e muitas vezes acho que não vou conseguir, por que nem tudo a gente tem, mas eu procuro fazer o meu melhor, melhor mesmo. Os pacientes são meus amigos, eu sinto o carinho deles comigo. (7).

O relato acima nos coloca dentro de uma situação raramente vista nos serviços de saúde. A funcionária assiste integralmente aos pacientes e, no decorrer dos anos, estabeleceu vínculos e elos de amizade. Ela interage com os pacientes, os escuta, os acolhe com carinho e atenção e por isso tem como retorno o carinho dos pacientes. Cabe ressaltar que a referida funcionária não faz parte da equipe de enfermagem.

Conforme a definição do filósofo J. Dewey (1859-1952), citada por Rozemberg (2006, p. 742): “Comunicação é o processo de repartir a experiência para que ela se torne patrimônio

comum e que modifica a disposição mental das partes associadas”. É nesta interação durante a comunicação que a inserção da sensibilidade se faz necessária, podendo acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito.

Corroboramos Giordani (2006, p. 44), ao citar Teixeira (2006), que relata o aspecto importante de que “não há como cuidar da pessoa inteira sem estar presente como pessoa inteira, sendo necessário para isto criar uma nova sensibilidade”. A autora ainda utiliza a citação de Araújo (2003), ressaltando a necessidade de se colocar no lugar do outro “ouvindo com seus ouvidos e sentindo com seu coração”, a fim de procurar saber como ele percebe e sente a própria situação. Nesse mesmo sentido, Hoga (2004) relata que quando os profissionais cuidam de doentes que se encontra em situação fragilizada, dependente, e muitas vezes em estado psicológico regredido, é desejável que os profissionais estejam dotados de maior grau de sensibilidade. E a sensibilidade só acontece quando estamos dispostos e abertos a escutar e sentir juntos os infinitos sentimentos que o paciente traz contigo para dentro da unidade de saúde.

Ser sensível envolve uma estrutura para compartilhar com o outro o que faz. Encontramos neste campo, com exceção de uma, funcionários que não estão abertos a partilhar, entrar em contato com a disposição emocional do outro; acabam organizando seu processo indistintamente, não importando a presença do outro.

## **4.2 A procura do melhor**

Atender bem aos pacientes deveria ser uma das principais metas na área da Saúde, e todos os valores e estratégias adotados neste sentido poderiam estar direcionados à manutenção dessa prática. Giordani (2006, p. 92) afirma que o profissional cumpridor de suas atividades rotineiras de modo mecânico tende a repetir erros, carecendo conscientizar-se da importância da correção, aprimoramento e avaliação contínua.

Em grande parte das entrevistas, identificou-se que os profissionais admitem que existem falhas em sua assistência, sabem que precisam melhorar, nas entrelinhas pode-se perceber certo conformismo em sua prática, sabem que não é o suficiente o que oferecem aos pacientes, mas não buscam nenhuma outra maneira de melhorar sua conduta.

O paciente tem o direito de receber um atendimento público de qualidade, mas, para que isto ocorra, além das políticas envolvidas, existe a necessidade do empenho de todos os profissionais de saúde envolvidos. Para que exista qualidade no serviço do campo desta pesquisa,

Eu sei que tenho que melhorar, às vezes a gente perde a paciência, tento fazer tudo que está ao meu alcance, mas as vezes falho. Mas, acho que eles gostam do meu atendimento. (2)

Eu sempre procuro melhorar e o tempo de profissão traz muita coisa pra nós, um aprendizado grande que cada paciente traz. (4)

A gente sempre precisa melhorar, eu penso assim, sempre procuro fazer o melhor, pra dar a assistência necessária ao paciente. (5)

Sempre acaba passando alguma coisa, sempre dou o melhor, mas sempre é a falha. (5)

Sempre tem que melhorar né, eu escuto da melhor maneira que dá. (5)

A gente tem que estar melhorando, mas eu procuro fazer o melhor. (7).

Em uma das falas, a funcionária relata que precisa melhorar, mas acha que os pacientes gostam de seu atendimento. Se acredita que precisa melhorar, é porque em sua autoavaliação existe déficit de algo. Refletindo sobre sua assistência, colocando-se no lugar do paciente, percebe que o que oferece não é suficiente para atender ao paciente em sua totalidade. Em sua fala, ela afirma que os pacientes trazem um grande aprendizado. Aqui ela se refere aos procedimentos, uma vez que esta funcionária já nos deixou bem claro que apenas executa o procedimento e não interage com o paciente.

Nos relatos acima, podemos observar que os profissionais desejam indicar que sabem o que pode ser feito e, como não realizam, se justificam tentando melhorar. Então eles têm certa consciência, vivem a realidade da prática, definem que o possível a fazer é apenas aquilo e nem imaginam uma mudança na rotina e atendimento. Assim, impedem que a mudança aconteça, conformando-se com a atual situação.

### **4.3 Sentidos da escuta**

Escutar é algo próprio e único do ser humano, é um ato consciente, voluntário e acima de tudo livre. Escutando estamos respeitando, acolhendo e aceitando o outro. A inserção da

escuta na assistência demonstra sensibilidade e interesse ao sofrimento da outra parte. Para escutar sensivelmente, reconhecemos a aceitação incondicional do outro. O ouvinte sensível não julga, não mede, não compara. Entretanto, ele compreende sem aderir ou se identificar com as opiniões dos outros (BARBIER, 2002).

Segundo a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida. Construir o diálogo faz com que tenha lugar a palavra dos pacientes quanto à escuta dos profissionais, favorecendo ações singulares que promovam a integralidade.

Os profissionais, durante a entrevista, foram convidados a refletir sobre a escuta, exemplificando alguma situação em que tivessem escutado ou então definindo a escuta na assistência. As respostas foram na grande maioria confusas e não relataram em momento algum o sentido do que realmente é escutar.

Escuta é algo recíproco e inevitável para um profissional da área da saúde, em virtude de que, muitos clientes procuram a unidade apenas pela carência de uma escuta qualificada. É na escuta, na minha opinião aqui está o grande diferencial do profissional de saúde. (1).

A profissional coloca a escuta como algo inevitável; então ela deve acontecer de uma forma ou de outra em sua opinião, querendo ou não. Quando relata o diferencial do profissional que escuta, a profissional consegue colocar o exercício da escuta como algo ímpar na assistência, algo que raramente acontece, e quem a realiza se diferencia do outro.

Procuo escutar bem os pacientes. Considero cada caso um caso, nada de se generalizar. Cada paciente tem seus valores, suas particularidades, que devem ser analisadas com cautela e só com uma escuta bem aguçada que podemos entender e discernir para melhorar a qualidade da assistência. (1).

A escuta é muito importante, principalmente em um posto de saúde, por que talvez o paciente não tem nada de grave, mas o que ele precisa é de alguém que escute ele e compreenda sua situação. (2).

As falas demonstram o quanto a escuta é importante para olhar a vida do paciente, compreender seus anseios e temores, que pouco são percebidos no atendimento mecanizado, pois muitas vezes o paciente está apenas precisando de um diálogo, expor algo que vai além de uma dor, uma lesão, enfim de um diagnóstico.

Nos relatos seguintes, os profissionais tentam definir a escuta, explicando seu sentido.

Às vezes a gente não está num dia muito bom, né, mas todas a vezes eu tento, o máximo que eu posso explicar, quando vai entregar um medicamento, tento orientar e tal, quando ele vem a até mim, eu tento fazer . (3).

Eu escuto bastante, procuro informar cada vez melhor. Através de experiência que tive com minha própria filha. Tento orientar sempre melhor. (5).

Eu tento orientar da melhor forma possível, se tenho dúvidas eu chamo minha chefe para falar com o paciente, por que se não minha consciência não fica tranquila. Deixar o paciente sem ter a orientação correta. (8).

Penso que escuta é orientar bem, ver o problema do paciente e tentar resolve. (6).

Essas falas demonstram que a escuta não faz sentido para esses profissionais. Quando convidados a falar da escuta, ao invés de defini-la ou exemplificá-la, colocam a orientação como algo concreto do trabalho. Acreditam que orientar bem é sinônimo de boa assistência.

A orientação deve acontecer – aliás, ela faz parte da atuação dos profissionais de saúde. Só que ela só é útil e coerente após conhecer de perto o paciente, ou seja, após interagir com o paciente, a fim de saber qual é sua realidade de vida. Não podemos fazer orientações que não batam com a condição de vida do paciente, por exemplo, não podemos pedir para melhorar a alimentação, enriquecê-la com legumes, frutas, se o paciente só tem dinheiro para comprar arroz e feijão. Por isso, a necessidade do diálogo e da escuta aguçada.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), escutar significa, num primeiro momento, não evitar toda queixa ou relato do usuário que não interesse diretamente ao diagnóstico e ao tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir (e respeitar) os motivos que ocasionaram seu adoecimento e as correlações que ele estabelece entre o que sente e a vida. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma.

Encontramos nesse campo, profissionais que não praticam a escuta e tampouco sabem defini-la. A escuta não é algo central para o procedimento, falam apenas, mas não compartilham. E se a escuta não acontece, conseqüentemente, a integralidade não é atingida.

#### 4.4 Falta de tempo

A organização das atividades das unidades estudadas deve ser repensada. Assim como quase, senão em todas, as unidades básicas de saúde a demanda é maior no início da manhã, filas enormes na recepção, muitos pacientes para realizarem a pré-consulta, a má disposição das atividades deixam os funcionários algumas vezes sobrecarregados, e outras vezes, ociosos.

Se estão sobrecarregados, podem deixar de oferecer uma assistência qualificada ao paciente; e se estão ociosos, é porque a demanda está muito diminuída, pouquíssimos pacientes para atender. Chegando ao final do dia de trabalho, teremos desta forma a maioria dos pacientes que se deslocaram à unidade de saúde básica insatisfeitos com o atendimento.

Quando os profissionais foram convidados a falar da escuta, alguns relataram que existe falta de tempo para escutar.

Às vezes tem pessoas que procuram a Unidade, e às vezes tem algum problema que se você tiver tempo e conversar com esta pessoa, a gente não pode dar tudo que ela quer, mas ela já sai bastante satisfeita. (6).

A profissional percebe que falta tempo na escuta em questão de circunstância/rotina de serviço, e foi possível perceber que, se tivesse tempo, escutaria adequadamente. Acredita que a conversa, não necessariamente a escuta, faz com o que o paciente já saia satisfeito, mesmo não respondendo a todas as suas necessidades.

Às vezes o tempo é curto e você acaba não dando a atenção que você deveria dar, que é ouvir mais conversar mais. Aqui na sala eu perco tempo, melhor eu ganho tempo, né, explicando sobre as vacinas, sobre as reações. (6).

Ainda a mesma funcionária da fala anterior reconhece que deveria ouvir mais, ofertar uma assistência adequada, mas que é impedida pela falta de tempo: “Depende da circunstância. Se eu tiver tempo, sento e escuto” (8). Neste relato, a conversa e a escuta

simplesmente sumiram. A disponibilidade da escuta diz respeito a circunstâncias. Se existe disponibilidade escuta, senão apenas trabalha de forma mecanizada.

A escuta é vista como algo importante, mas apenas quando existe o tempo, não é considerada essencial ao trabalho. Parece que os profissionais não compreendem a escuta como algo inerente ao trabalho. Na concepção dos profissionais, se houvesse tempo, eles escutariam adequadamente. Será que se existisse o *tempo*, a assistência seria diferenciada? A falta de tempo pode estar relacionada com o processo de trabalho, demanda, parâmetros de programação – enfim, diz respeito à organização do processo de trabalho.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo aponta um quadro complexo da realidade das unidades básicas de saúde do município de Paranaíba-PR. As observações permitiram notar que a integralidade ainda é algo utópico na realidade desses profissionais, pois não praticam a escuta adequadamente, e que o atributo escuta raramente é exercido de forma eficaz.

A “escuta” praticada pela maioria dos profissionais é apenas a clínica, e apenas as queixas são relevantes, fazendo com que a intervenção seja voltada somente para a solução dos problemas relatados. O paciente que busca a atenção deve ser o “sujeito” durante o atendimento e não simplesmente o “objeto”, pronto a receber a assistência.

Observamos diversas posturas e maneiras diferentes de dialogar com os pacientes. A realidade da pesquisa mostra que os profissionais não procuram ultrapassar as paredes das unidades básicas de saúde e conhecer a vida real dos pacientes, dando atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade. Este atendimento impessoal faz com que as desigualdades e o profundo distanciamento entre a equipe de saúde e os pacientes tendam dificultar a realização da tão sonhada integralidade.

Notou-se, nas entrevistas, que além de um alto desconhecimento com relação à escuta, a maioria dos profissionais se mostra insensível aos pacientes. O aparente conformismo com a situação ainda foi observado nas “entrelinhas” das entrevistas, quando relatam que precisam melhorar, e quando mencionaram a falta de tempo.

A sensibilidade surge quando existem a interação e conhecimento dos sentimentos do paciente. O diálogo que permite a interação pode ser visto como uma necessidade na área da saúde, sendo de competência do profissional de enfermagem desenvolver um relacionamento afetivo entre ambos. Assim, dialogar e escutar o paciente reflete-se na humanização do atendimento, fazendo com que este se sinta seguro e acolhido, possa ser assistido não apenas como uma parte do corpo doente, mas como um ser humano.

No processo da integralidade, a equipe de enfermagem desempenha papel fundamental, e vale lembrar que os profissionais são também humanos e repletos de sentimentos, e podem mudar a prática no cotidiano. Neste sentido, cabe destacar Nunes (2006, p. 314):

[...] o humano diz respeito ao sujeito e à vida humana. Este sujeito não é apenas o delicado profissional de boa vontade, da mesma maneira que não se trata simplesmente de criar um ambiente favorável numa entrevista de acolhimento; não é apenas tratar o outro pelo nome que ele gosta de ser tratado, ainda que o seja também. Vai mais longe, no reconhecimento da humanidade do outro, da sua capacidade de pensar, de interagir, de se manifestar.

A enfermagem encontra-se na porta de entrada das unidades de saúde, desenvolvendo o que chamam de acolhimento na implementação da prática inicial ao paciente e dando continuidade às atividades secundárias dentro do serviço. No campo desta pesquisa, não foi encontrada a oferta de acolhimento aos pacientes. É interessante refletir sobre formas de reorganização das atividades, descentralizando-se a figura do médico, trazendo a aceitação dos pacientes pela assistência de enfermagem através da interação efetiva. Cremos que, assim, as filas enormes e horários desumanos sejam extintos nos serviços públicos de saúde, assim como através do diálogo presente no encontro entre os profissionais e pacientes, seja possível tornar a integralidade presente no cotidiano.

Segundo a *Cartilha da Política Nacional de Humanização*, quando se refere ao acolhimento nas práticas de produção em saúde (2008, p. 23-24):

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, que, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante, possibilitam que sejam analisados o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica; as formas de organização dos serviços de saúde; o uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde, e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida; a humanização das relações em serviço; a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais e os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde. (BRASIL, 2008).

Entretanto, para que mudanças aconteçam, o profissional necessita valorizar o encontro dele com o paciente, que aprenda a utilizar a escuta rotineiramente em seu mais puro sentido, oferecendo respostas às necessidades de saúde e de vida aos pacientes, para que posteriormente levantamentos de problemas da assistência e dos serviços sejam feitos e solucionados.

Acreditamos que cada equipe de saúde possa desenvolver um processo de escuta inserida na integralidade de forma singular, através de conscientização e sensibilização. Quando os profissionais são mobilizados, juntos podem transformar a realidade do cotidiano, modificando todos os níveis de atendimento.

Esperamos que os pontos críticos aqui identificados possam ser pensados e internalizados pelos profissionais de saúde que atuam nos serviços públicos de saúde.

## REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 444-9, 2006.

AYRES, J. R. C. M. et al. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-568, 2005.

BACKES, D. S.; FILHO, W. D. L.; LUNARDI, V. L. **A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós- graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Porto Alegre, 2005.

BARBIER, R. **Escuta sensível na formação de profissionais de saúde**. Conferência. Escola Superior de Ciências da Saúde, 2002. Disponível in <http://www.saude.df.gov.br/FEPECS>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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: Ministério da Saúde, 2008.

CAMARGO, K. R. JR. Apresentação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 11-16.

CAMELO, S. H. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev.Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 12, n. 25, p. 363-76, abr-jun 2008.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, set-dez 2004.

DALMOLIN, B. M.; LOPES, S. M. B.; VASCONCELOS, M. P. C. A construção metodológica do campo: etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 2, p. 19-34, 2002.

DIVISÃO TERRITORIAL DO BRASIL. Divisão territorial do Brasil e Limites Territoriais. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1 de julho de 2008)**. Acessado em 10 de dezembro de 2009.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun 1999.

GIORDANI, A.T. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar-ago 2005.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação da escuta. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 199-212.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

MADEIRA, L. M. et al. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 185-198.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, set-out 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 13, supl.1, p. 771-80, 2009.

MATUMOTO, S.; MISHIMA S. M. & PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1):233-241, jan-fev, 2001.

NUNES, L. A humanização na saúde: estratégia de marketing? A visão do enfermeiro. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 3, 2006.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev 2003.

ROZEMBERG, B. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS, G. W. S et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SCHIMITH, M. D; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.487-1.494, nov-dez 2004.

SHIMITZ, E. M. A. **Enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SILVA, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.

TAKEMOTO, M. L. S; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev 2007.

YÉPEZ, M. T; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan-fev 2004.

**APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto de pesquisa intitulado “INTEGRALIDADE NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: A RELAÇÃO DA ESCUTA NA INTERAÇÃO PACIENTE E PROFISSIONA” desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada por Giseli Botini Urbano, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (44) 9922- 1980 ou e-mail: giselibotini@hotmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é compreender melhor as interações dos profissionais de enfermagem com o paciente.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de observação e entrevista que será gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou seu orientador, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264-1142.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Paranavaí, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - Questões norteadoras para entrevista**

Data da Entrevista:

Horário:

Setor responsável:

Profissional:

- 1- Convite a falar de sua prática. De que como vêm sua assistência.
- 2- O que acham que os usuários sentem sendo atendidos por ele. Exercício de empatia.
- 3- O que entende por escuta?
- 4- Se escuta bem. Exemplificar uma escuta.
- 5- A quanto tempo exerce a profissão? Neste período houve mudanças na sua maneira de assistir o paciente?
- 6- Problemas que acontecem fora do ambiente de trabalho, podem interferir em suas atitudes com o paciente?

**APÊNDICE C – Termo de autorização para realização de pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, coordenador das Unidades de Saúde do município de Paranaíba autorizo, por meio deste termo, a realização da pesquisa de campo referente ao projeto de pesquisa intitulado: Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional “desenvolvida por Giseli Botini Urbano, aluna do mestrado do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é: analisar as práticas da equipe de enfermagem na atenção básica. A pesquisa envolverá em uma primeira fase um período de observação pela pesquisadora das atividades normais de atendimento na unidade. Estou ciente que, em uma segunda fase, a pesquisadora convidará alguns profissionais da equipe para realização de entrevistas, cabendo exclusivamente aos mesmos aceitar ou não realizar a entrevista.

A pesquisadora se compromete a, após a conclusão da pesquisa, apresentar os resultados de sua pesquisa na unidade. Estou informado que nas publicações dos resultados, as unidades envolvidas não serão identificadas, e o anonimato será preservado.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, e que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264-1142, ao qual posso me dirigir em qualquer tempo para esclarecer qualquer dúvida.

Adicionalmente, fui informado(a) pela pesquisadora de que poderei entrar em contato com ela a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (44) 9922 1980 ou e-mail: [giselibotini@hotmail.com](mailto:giselibotini@hotmail.com) assim como poderei, caso considere necessário, entrar em contato com o Prof. Ruben de Araújo Mattos, que orienta esta pesquisa, através de telefone (21) 9622-7271, ou de seu e-mail [ruben@ims.uerj.br](mailto:ruben@ims.uerj.br).

Paranaíba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## ANEXO – Declaração de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa



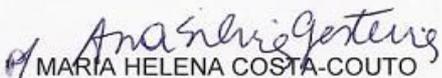
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Instituto de Medicina Social  
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã  
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL  
TEL: 55-021-2587-7303 / 2284-8249  
FAX: 55-021-2264-1142

**IMS** INSTITUTO  
DE MEDICINA  
SOCIAL

### DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa "Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação paciente e profissional" (CAAE - 0036.0.259.000-08), coordenado por Giseli Botini Urbano, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em reunião realizada no dia 09/12/2008.

Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2008

  
MARIA HELENA COSTA-COUTO  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
Instituto de Medicina Social