

A resolutividade das ações humanizadoras no cuidado de usuários hipertensos na atenção primária

The resolution of humanizing actions in the care of hypertensive users in primary attention

Antonio Rêgo da Silva Júnior¹, Grasielle Silveira Tavares²

¹ Universidade de Brasília/Faculdade Ciências da Saúde (UnB – FS), República Federativa do Brasil

² Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia (UnB – FCE), República Federativa do Brasil

Palavras-chave

Atenção primária em saúde; acolhimento; assistência integral à saúde.

Resumo

Introdução: A atenção básica configura-se como ordenadora e coordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde (RAS), incumbindo-a a resolubilidade das condições de saúde do território. Para tanto, as práticas humanizadoras são essenciais para o fomento da vinculação, afetos e cuidado aos pacientes hipertensos, propiciando a redução do surgimento de pacientes que “perturbam a ordem vigente” da unidade de saúde.

Objetivo: Identificar e analisar, a partir dos discursos dos usuários, se a assistência prestada pelos profissionais está de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH).

Material e métodos: A pesquisa ocorreu numa unidade básica de saúde (UBS) do Distrito Federal, capital do Brasil. O estudo é qualitativo, de caráter descritivo-exploratório, tendo o grupo focal como produção de dados, e a análise de dados consistiu na análise de conteúdo de Bardin, que resultou na produção de três categorias: humanização, clínica ampliada e ações educativas.

Resultados: Os pacientes hipertensos perceberam nitidamente as ações humanizadoras na unidade de saúde. Os únicos apontamentos negativos identificados foram a conduta de um agente comunitário de saúde (ACS) na UBS e a readmissão contínua da paciente, que revela ser problemática. O cuidado em saúde dos pacientes “difíceis” pressupõe o estreitamento das relações e a criação de relações recíprocas de afetos. Somente a partir dos afetos é possível alcançar relações verdadeiras.

Conclusões: Neste estudo, observa-se que as ações dos profissionais estão em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Humanização, tendo majoritariamente percebido nos discursos dos usuários a satisfação com a prestação do atendimento na unidade de saúde. Portanto, a potencialidade do cuidado implica em si humanizar primeiramente visando a ampliação de estratégias de cuidado e imersão nos territórios existenciais.

Keywords

Primary health care; User Embrace; Comprehensive Health Care

Abstract

Introduction: Basic care is configured as a coordinator and coordinator of care in RAS, responsible for the resolubility of the health conditions of the territory, so humanizing practices are essential for fostering the attachment, affection and care of hypertensive patients, favoring the reduction of the appearance of “difficult” patients.

Aims: To identify and analyze from the users’ discourses if the assistance provided by the professionals is in agreement with the HNP.

Materials and Methods: The research was carried out at a UBS of the Federal District, in Brazil. The qualitative study was descriptive-exploratory, with the focus group as data production, and data analysis consisted of Bardin content analysis, which resulted in the production of three categories: Humanization, extended clinical practice and educational actions.

Results: Hypertensive patients clearly perceived the humanizing actions in the health unit. The only negative points identified were the conduct of an ACS in the UBS and the continuous readmission of the patient that proves to be problematic. The health care of “difficult” patients presupposes the narrowing of relationships and the creation of reciprocal relationships of affections, only from the affections it is possible to achieve true ones.

Conclusion: In this study, it is observed that the actions of the professionals are in line with the principles of SUS and the national humanization policy, with the majority of users perceiving satisfaction with the provision of care in the health unit. Therefore, the potentiality of the care implies in itself to humanize first aiming at the expansion of strategies of care and immersion in the existential territories.

Introdução

A atenção básica é o primeiro nível de atenção à saúde e a coordenadora de fluxos e contra fluxos do cuidado nas RAS (Redes de Atenção à Saúde) no qual se utilizam as tecnologias leves de cuidados almejando a resolutividade, sendo que suas características intrínsecas permitem a criação de vínculos e afetos.¹ Neste contexto, emergem as doenças crônicas, que são um conjunto de condições crônicas que evoluem paulatinamente, no qual a sintomatologia é oriunda de múltiplas causas, sendo patologias de longa ou indefinida duração.¹

Comumente, os fatores de riscos extrínsecos e intrínsecos do sujeito contribuem para o desenvolvimento das doenças, podendo haver períodos de agudização.¹

Dentre as doenças crônicas, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica.

A hipertensão arterial é uma condição multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM).²

Desse modo, para o controle da doença torna-se necessária a adoção de novos hábitos e instituir medidas que reduzam os fatores de riscos, como a diminuição do consumo de sal, de bebidas alcoólicas, tabaco, estresse e inatividade física. A doença reverbera na identidade dos indivíduos, fragiliza seu sentido de vida e implica em mudanças na forma de viver a vida, revelando efeitos nas variadas dimensões humanas.³

Para a resolutividade da atenção básica no cuidado às pessoas com condições crônicas, os profissionais de saúde devem revestir-se dos princípios e diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Humanização (PNH), objetivando construir relações humanas saudáveis e afetuosas. A constituição do vínculo terapêutico aparece mediante as seguintes tecnologias leves: o acolhimento, a promoção da escuta qualificada e o fomento da ambiência. Estes são fundamentais para a produção de saúde na perspectiva das completudes.⁴

Tendo em vista a transversalidade da Política Nacional de Humanização que perpassa os distintos atores dos serviços, os profissionais, usuários, gestores são participantes e protagonistas na teia da humanização, portanto, todos os envolvidos

protagonizam no processo de cuidado. No que concerne aos profissionais, cabe pontuar que a Política Nacional de Humanização preconiza o cuidado na gestão do trabalho, assegurando que os profissionais sejam valorizados nos espaços, dando importância às vontades, desejos e motivações, pois o bem-estar no trabalho em saúde reduz o adoecimento e fomenta a autonomia nas tomadas de decisões.⁵

A hipertensão arterial no Brasil alcança 36 milhões de indivíduos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das doenças cardiovasculares. Além disso, o seu agravamento favorece o acidente vascular cerebral, insuficiência renal e entre outras doenças cardíacas.² A agudização e complicações da doença implica nas internações e encaminhamento dos pacientes para os serviços de média e alta complexidade, o que engendra altos custos socioeconômicos ao sistema. Ademais, as doenças cardiovasculares foram responsáveis no ano de 2013 por 29,8% dos óbitos.²

Diante dos dados expostos, é nítido que a prevenção e a promoção de saúde são mais rentáveis ao estado brasileiro do que realizar exorbitantes investimentos nas tecnologias duras. A atenção básica surge como proposta inverter a lógica do modelo biomédico através da mudança de enfoque, se pautando prioritariamente no contexto de vida da populações adstrita e nos determinantes sociais.

Os investimentos nos níveis assistenciais em detrimento do nível primário de atenção à saúde configuram-se equivocados no sentido de propiciar prospectivamente maior qualidade de vida aos brasileiros. Dessa forma, dentro das Redes de Atenção à Saúde, que se caracterizam por uma hierarquia poliárquica, o acesso é um atributo inerente ao sistema de saúde, favorecendo a organização de linhas de cuidado que auxiliam o usuário a percorrer os serviços de saúde de acordo com as necessidades.

Neste cenário de crescimento vertiginoso das doenças crônicas não transmissíveis, e mais especificamente da hipertensão arterial, o cuidado na atenção primária torna-se essencial, bem como apresenta desafios defronte a organização do Sistema Único de Saúde e na prestação da assistência integral que contemple todas as dimensões humanas. Diante da complexidade exposta, a humanização emerge enquanto política transversal que reverbera em todos os níveis de atenção à saúde e práticas de cuidado.⁶

A Política Nacional de Humanização especifica uma série de princípios, diretrizes, normas e modos de agir que norteiam os serviços na produção de cuidados, a humanização revela-se nos processos

de gestão em saúde e na micropolítica cotidiana dos encontros.⁶ Em outras palavras, significa dizer que na gestão em saúde o planejamento em saúde deve ocorrer considerando as normativas da política de humanização, ou seja, tomadas de decisões que valorizem os sujeitos e não somente indicadores ou metas a serem obtidas. A humanização na micropolítica consiste na valorização do encontro entre o profissional e usuário, criando uma interseção de afetos que propulsa o viver.

A humanização visa impulsionar um espaço democrático, resolutivo e acolhedor, permitindo a construção de relações interpessoais que se baseiam na escuta qualificada, comprometida e interessada no reconhecimento do outro.⁶

A humanização objetiva oportunizar um “olhar” para as singularidades, especificidades e idiossincrasias humanas, de modo a reduzir as fragmentações existentes nas unidades de saúde que categorizam os sujeitos de acordo com as patologias, desconsiderando a totalidade do ser humano.⁶ Os serviços de saúde pautados no poder médico/centrado/flexneriano focalizam na especialidade e negligenciam a história de vida, o contexto dos sujeitos, a comunidade e família.

A atenção básica como porta preferencial do Sistema Único de Saúde exerce o trabalho na perspectiva territorial, estando próximo da vida das pessoas, contrapondo-se as práticas centradas na doença, que desvirtuam o cuidado integral e longitudinal. Deste modo, a humanização resgata a importância das práticas voltadas aos sujeitos, diminuindo distanciamentos e potencializando o cuidado dos pacientes hipertensos.

A interlocução das subjetividades dos profissionais de saúde e usuários promove novos sentidos diante do adoecimento e sofrimento, minimizando o surgimento de pacientes que causam “distúrbios” na ordem vigente nas unidades básicas de saúde. Segundo Zoboli et al,⁷ estes apresentam traços de hiperutilização do serviço, insatisfação do atendimento prestado, poliqueixosos, distúrbios mentais, famílias conflituosas, dor crônica, expectativa não atendida e ausência da adesão ao tratamento.

Estes pacientes são atendidos diariamente na atenção básica em saúde, podendo causar nos profissionais sentimentos de aversão, desânimo, derrota e raiva, gerando nos profissionais a vontade de se abster e ignorar as demandas dos pacientes por considerarem impossíveis de serem tratadas.^{7,8} Pensar na humanização possibilita refletir e analisar acerca deste fenômeno cotidiano na atenção básica, pois

estes pacientes interferem no “funcionamento normal das instituições”, segundo Hiriart e Gatica,⁸ portanto, repensar nas práticas em saúde é o primeiro passo para a resolução desta problemática.

O objetivo deste trabalho é identificar e analisar, a partir dos discursos e perspectivas dos usuários, se a assistência prestada pelos profissionais está de acordo com a Política Nacional de Humanização.

Metodologia

A metodologia empregada neste estudo é a pesquisa qualitativa, de caráter descritivo – exploratória. Segundo Godoy,⁹ a pesquisa qualitativa se caracteriza na compreensão a partir do contexto e perspectivas dos sujeitos, cujos processos não mensuráveis são identificados e desvelados pelo pesquisador.

A pesquisa foi realizada numa unidade básica de saúde do Distrito Federal, capital da República Federativa do Brasil. Para a coleta de dados, usou-se o grupo focal, que consiste em temas de interesse do pesquisador, no qual o grupo discute tópicos ensejados de interesse do pesquisador.¹⁰ O grupo foi composto por 13 pacientes hipertensos elencados pelas equipes da estratégia da saúde da família, que apresentavam dificuldade no manejo do cuidado em saúde.

A coleta foi realizada em abril de 2017 em apenas um dia, e o tempo de duração do grupo focal foi de uma hora e meia. Os temas abordados e que foram norteadores do grupo focal se referiam a tópicos relacionados às diretrizes e princípios da Política Nacional de Humanização. O teor dos tópicos de discussão do grupo focal estava interligado às situações cotidianas vivenciadas pelos usuários e casos hipotéticos que evidenciavam a relação entre usuários e profissionais de saúde. Buscou-se compreender de que maneira os pacientes vislumbravam a prestação da assistência dos profissionais.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia (FCE/CEP), parecer n.º 2.109.808, seguindo a rigor a resolução do CNS n.º 466/2012, tendo os pacientes assinados os termos de consentimento livre esclarecido.

Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin. Conforme explicita o autor¹¹ a análise de conteúdo emerge como conjunto de técnicas de análise que visam, através dos objetivos e da sistematização do conteúdo, desvelar e descrever os significados, as ideologias e os processos sociais pouco explorados.

A partir da leitura exaustiva dos transcritos do grupo focal, os pesquisadores perceberam que o conteúdo dos discursos se conectava à Política Nacional de Humanização. Neste sentido, segmentou-se as falas dos sujeitos em categorias inter-relacionadas aos conceitos e referenciais que a política apresenta. Deste modo, após a leitura exaustiva, inseriu-se os discursos em uma tabela objetivando a organização de acordo com os princípios e diretrizes da política de humanização.

As categorias criadas visando a discussão e a contemplação dos objetivos propostos no estudo, foram: humanização, clínica ampliada e ações educativas.

Dentro da categoria humanização, discutiu-se a partir de situações cotidianas problemas organizacionais dos serviços que repercutem no cuidado em saúde. Na clínica ampliada, esmiuçado a questão da integralidade do cuidado. E finalmente, as ações educativas, no qual referem-se ao empoderamento dos usuários na informação e o seu agir sobre elas, visando modificar a estrutura organizacional do serviço.

Resultados e discussões

Humanização

Nesta categoria, os discursos dos sujeitos não apresentaram críticas à ausência de humanização no centro de saúde, mas, quando se referia a outros níveis de atenção, inúmeras reclamações surgiram. Para compreender a perspectiva dos usuários sobre a diferença entre um atendimento humanizado daquele não humanizado, utilizaremos como referência exemplos dados pelos usuários em situações vivenciadas em outros níveis de atenção a saúde.

Nas frases a seguir, a usuária “J” diz: “Eu me sinto bem, quando eu saio daqui, saiu bem”, e “M” diz, em seguida, “muito boa ela, uma hora sua consulta, é um amor ela”.

As práticas humanizadoras implicam na sensibilidade em compreender o sofrimento e as condições humanas, a predisposição do profissional em afetar os usuários permite a transição de estado tanto no agente causador como no sujeito afetado. Ou seja, pressupõe indicar que o aumento da potência de agir desencadeia encontros agradáveis e transformadores nos sujeitos.¹² A teoria dos afetos de Espinoza representa o cerne da pesquisa desenvolvida, tendo em vista que os profissionais da atenção básica estão inseridos não apenas nos territórios adscritos

mas no estreitamento das relações e imersão nos territórios existenciais dos usuários.

Quando esses encontros geram a potência de agir, os usuários manifestam categoricamente satisfação, bem como realizam a introspecção, reconhecendo no profissional de saúde como componente significativo na superação dos problemas da doença e entaves da vida cotidiana, conforme descreve a usuária “M – Foi muito bom, ela me examinou todinha inclusive eu não sabia que eu tinha no corpo [...]”.

Para Espinoza, não existe a indissociabilidade entre mente e corpo, mas sim um processo de movimento e repouso, ou seja, eles funcionam num equilíbrio, não podendo pensar o ser humano somente em corpo ou mente.¹³ Neste contexto, profissionais de saúde, engendrados na atenção básica em saúde, devem contrapor-se ao dualismo de Descartes, conseguindo transpor as ações em saúde da doença para o indivíduo. Segundo a teoria de paralelismo de Espinoza, não existe a superioridade de um sobre o outro, dessa forma, aparta-se da fragmentação dos sujeitos e estando relacionado ao princípio da integralidade do SUS, portanto, considerado equívoco segmentar os sujeitos.¹²

Exemplificando o supracitado, segue o discurso do paciente sobre o modo de manejo dos profissionais, como também nota-se a ênfase dada na fala do usuário acerca da importância da atenção básica e sua resolubilidade: “J – O posto estando aberto, no final de semana é fechado, sábado, feriado essas coisas, venha, venha, procure o posto de saúde, o ideal é isso, não vá pro hospital não, se for pra lá o cara morre”.

No discurso do usuário acerca da recomendação na procura e utilização do posto de saúde, pressupõe-se um vínculo do usuário com os profissionais da unidade de saúde, indicando a confiança mútua entre os sujeitos. Percebe-se relações pautadas na troca de afetividade.¹³ Divergindo do exposto, observa-se no discurso a seguir: “M – (em outro nível de atenção a saúde) Ai ele vai e escreve no computador, ai vai tomar uma injeção e tá liberado e pode ir pra casa, não procura nem saber nem examinar e nem nada, não pede raio-x não pede exame não pede nada, as vezes você chega lá ele não pede exame e não pede nada e você volta pra casa do mesmo jeito”.

O discurso da usuária demonstra a desatenção no cuidado em saúde e a transgressão dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, então como pensar em resolutividade e afetos diante da negligência? Obviamente que não culpabilizamos exclusivamente os profissionais, pois a humanização

é transversal e preconiza que todos os agentes envolvidos estejam no escopo de suas ações.

A perspectiva da usuária explicita o baixo nível de satisfação, cujo serviço de saúde não valoriza a volição dos sujeitos e não reconhece o protagonismo dos sujeitos no processo de cuidado. O reflexo desse panorama é a estereotipia de que os serviços públicos de saúde são desumanizados, sendo uma mola propulsora para conflitos entre profissionais/usuários, contrariando as desejadas imbricações afetivas requeridas nas relações entre os indivíduos na atenção básica.¹⁴

Clínica ampliada

A clínica ampliada objetiva a unificação e a interdependência das três perspectivas de “olhares” para o sujeito, os modelos biomédico, psicológico e social. Neste sentido, busca-se a atribuição de relevância de todos, não havendo a predominância de um sobre outro, nem a negação. A compreensão do sujeito nas suas completudes favorece a criação e a viabilidade das estratégias de cuidado, as ações em saúde tornam-se precisas e agem nas necessidades, por isso, a co-construção da produção de saúde entre os agentes propicia aos pacientes a capacidade crítico-reflexiva acerca do processo de saúde.¹⁵

Como desejamos obter vínculos, imergir nos territórios existenciais sem conhecer o sujeito? O conhecer por conhecer não agrega nas relações, o que torna significativo para os sujeitos é o conhecer objetivando afetar ou ser afetado, de modo que as trocas ocorram verdadeiramente, saindo do campo superficial das relações. Conhecer requer a predisposição e estado de espírito dos profissionais no cuidado.¹⁶ A conquista da confiança e dos afetos para com os usuários acontece na reciprocidade, no acolhimento, nos vínculos e na escuta qualificada, pois o reconhecimento mútuo possibilita a troca de afetos menos fortes por aqueles mais fortes, objetivando acessar os sujeitos.¹⁶

Os desajustes e perturbações no cotidiano das famílias reverberam na saúde, bem como aspectos psicossociais que interferem no adoecimento dos indivíduos. Neste sentido, a saúde não se restringe à ausência de doença, mas na complexidade de fatores envolvidos na vida humana. Como no discurso a seguir: “MA – Mas o problema de casa faz a pressão subir”.

A clínica ampliada instrumentaliza os profissionais de saúde a compreenderem o contexto de vida das pessoas, a inexistência desta tecnologia relacional

engendra pacientes que causam perturbação na ordem vigente. Geralmente, estes pacientes caracterizam-se por mal-estar, ansiedade, dores de cabeça e nervosismos, entre outras somáticas inespecíficas, evidenciando na saúde pública a existência do transtorno mental comum. Os profissionais da atenção básica que atendem este público não vislumbram ações resolutivas e efetivas para o cuidado devido à falta de manejo, repertório e recursos internos.^{2,17}

No próximo discurso, apresentam-se as dificuldades da clínica ampliada, pois a readmissão contínua dos pacientes mostra a inabilidade de conhecer os indivíduos. “M – Se eu chegar passando mal aqui, eles me deitam pra tomar o medicamento aqui, já tomei várias vezes.”

A problemática deste discurso decorre da cultura hospitalocêntrica na atenção básica em saúde, a procura da unidade somente nos momentos de agudização da doença revela equívocos na prestação da integralidade e problemas na clínica ampliada.

Os pacientes não são necessariamente um problema em si, mas sim como os profissionais de saúde se sentem em relação a eles.¹⁸ Segundo a autora, médicos que desconhecem os aspectos psicossociais são mais suscetíveis a taxar um paciente como difícil.¹⁸ A clínica ampliada neste contexto amplificaria o repertório de manejo dos profissionais nos casos considerados complexos, as ações em saúde se tornariam mais eficazes e agiriam na origem dos problemas.

Caso contrário, a tendência são profissionais desestimulados e cansados em buscar alternativas defronte casos complexos, gerando assim um ciclo interminável de desencontros entre os sujeitos.¹⁶

Ações educativas

Quando mencionamos ações educativas remetemos à PNH, pois a mesma preconiza a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos na produção de saúde. As ações educativas visam a crítica reflexiva dos sujeitos acerca do processo de saúde e doença. Dessa maneira, indivíduos empoderados estão predispostos a cuidar de si mesmos, a compartilhar as experiências vividas com outras pessoas e se caracterizam líderes e formadores de opiniões na família e comunidade.¹⁹

Os pacientes empoderados pressupõem sujeitos ativos nos serviços de saúde, podendo sugerir, reclamar ou elogiar os processos da unidade de saúde, mas principalmente possibilitando a construção conjunta com os profissionais na organização

do serviço de saúde. Em outras palavras, se efetiva a cogestão nas unidades básicas de saúde, potencializando a democratização no espaço de saúde, o que extrapolaria os conselhos e conferências de saúde.²⁰

Os discursos a seguir divergem do formato e resolubilidade da atenção básica no cuidado. “MA – Eu pergunto tudo, agora tem um agente comunitário, eu não vou falar o nome dele, ele dificulta as coisas viu, as vezes a gente pergunta e ele dificulta as coisas, ele diz que está difícil, que não tem.”

(Refere-se ao ACS) “D – Eu mesmo não sabia, ele mesmo foi lá em casa avisar”.

Os discursos refletem as circunstâncias que assolam a unidade de saúde, o discurso de “MA” retrata a conduta de um agente comunitário de saúde que não repassava as informações solicitadas pela usuária, ou demonstra desconhecimento do profissional acerca das informações a respeito dos grupos, consultas, agendamentos e entre outros no serviço de saúde.

Já no discurso de “D”, percebe-se a proatividade do ACS em relação ao cuidado, pois no contexto desta frase, diz respeito ao processo de territorialização (recadastramento) que o centro de saúde estava atravessando, e diante disso, os grupos e as visitas domiciliares estavam momentaneamente suspensos, e o profissional informou as mudanças que aconteciam no serviço de saúde.

O usuário “J” discorre: “J – (recadastramento) Eu mesmo também não sabia, eu tava lá em casa e o agente chegou, que eu vim aqui antes”. “J – (recadastramento) Por isso que a reunião que tinha quarta-feira com o pessoal que era hipertenso por causa tinha esse negócio que tinha que fazer.”

Os usuários estavam cientes dos processos transcorrentes na unidade de saúde. Esta informação fornece conhecimento sobre os processos de trabalho e estrutura organizacional do serviço de saúde. A visita do agente comunitário em saúde e o repasse de informações propicia a conscientização e participação na cogestão da unidade de saúde. Dessa maneira, aparta-se do autoritarismo dos profissionais que historicamente estabelecem seu poder através da hierarquização dos saberes e comumente negligenciam a vontade e sentimento dos usuários.²¹

A negatividade das ações educativas propicia prejuízos incomensuráveis no cuidado em saúde, uma vez que a ruptura de confiança diminui a potência de agir dos sujeitos: “MA – Ah eu já falei pra ele assim, não passa mais aqui em casa não, você não sabe me informar nada”. A transmissão da informação de forma inteligível respeita as singularidades de

ser e estar dos indivíduos diante a vida, pois a inexistência ou supressão de informações relevantes para com o usuário obscurece seu protagonismo na produção de saúde.²¹

Neste próximo discurso, percebe-se a corresponsabilidade da usuária no cuidado da sua mãe: “D – Igual a minha mãe, minha mãe é acamada né, ai elas me ensinaram, ultimamente ela está engasgando com comida, elas foram lá em casa, eu falei a dificuldade, elas foram lá na cozinha e me ensinou como fazer”.

Houve a compreensão dos procedimentos ensinados pela equipe da estratégia da saúde da família e a sua aplicabilidade no cotidiano. O relato desvela o repasse assertivo das informações, objetivando a resolução da problemática que a usuária apresentou à equipe, as ações educativas ocorrem na reciprocidade entre profissional e usuário, de forma que as relações se conectem e fomentem um novo pensar em saúde.²²

É notório nos discursos apontados a importância das visitas domiciliares no cuidado em saúde, a família e a comunidade se configuram centrais nas ações educativas. Dessa maneira, práticas profissionais revestidas de integralidade e humanização subsidiam ações em consonância com o contexto/cotidiano dos sujeitos adstritos, influenciando positivamente na produção de saúde das populações.

Conclusões

Neste estudo, observa-se que as ações dos profissionais estão de acordo com os preceitos da Política Nacional de Humanização, sendo majoritário nos discursos dos usuários a satisfação da prestação do atendimento fornecido pela unidade de saúde, excetuando-se a readmissão contínua da paciente na categoria da clínica ampliada e a ausência de repasse de informações à paciente pelo agente comunitário em saúde na categoria de ações educativas.

O manejo de pacientes “difíceis” requisita aos profissionais abordagens diferenciadas visando ações assertivas em conformidade com as necessidades dos indivíduos. A readmissão contínua da paciente significa, no desconhecimento da causa, que leva a procura diária à unidade básica de saúde, a origem do problema é revelada a partir da investigação minuciosa das equipes acerca do caso.

Na outra problemática identificada, a ausência de repasse das informações aos pacientes torna-se preocupante diante do poder que o conhecimento propicia aos indivíduos. A falta de conhecimento

dificulta o processo de autocuidado dos sujeitos, bem como na cogestão dos serviços de saúde. Sem o conhecimento, a cidadania torna-se negligenciada, consequência de agentes públicos que subalternizam a participação popular na organização dos serviços de saúde e no cuidado em saúde.

No demais, os discursos percebem-se no efeito positivo das práticas profissionais, na atenção básica em saúde os afetos direcionam caminhos a serem trilhados na produção de saúde da população, e isto implica na articulação de distintos saberes e sujeitos na imersão dos territórios existenciais. Neste sentido, para sair do campo superficial e se aprofundar nas relações, o profissional deve humanizar-se primeiramente visando a ampliação de repertório relacional para maximizar proposições e estratégias de cuidado aos pacientes da atenção básica.

O amplo repertório reduz o surgimento dos pacientes difíceis e propulsiona a resolubilidade de casos complexos que se apresentam no nível primário de cuidado à saúde. Os apontamentos da saúde neste artigo decorrem da discussão dos afetos, dos encontros saudáveis e positivos que favorecem metamorfoses nos indivíduos defronte das doenças e situações complexas da vida, portanto a humanização transcende conceitos e se aplica na vida.

O estudo desenvolvido apresenta limitações no que concerne a apresentação de critérios objetivos que avaliem a humanização no serviço de saúde. A pesquisa parte da premissa dos fenômenos subjetivos, simbólicos e internos como indicadores para cuidado integral e humanizado. Recomenda-se, no futuro, a utilização mista de metodologias que propiciem o aprofundamento na temática. O cruzamento de metodologias quantitativas e qualitativas esquadriha as situações, os problemas e favorece uma visão multifocal do objeto e / ou tema pesquisado.

Referências

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde (OPAS); 2012.
2. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7.ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2016;107(3 Supl 3). P. 1.
3. Castro VD, Car MR. O Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. Rev Esc Enferm USP. 2000; 34(2): 145-153.
4. Junges JR, Barbiani R. Repensando a humanização do Sistema Único de Saúde à luz das redes de atenção à saúde. O Mundo da Saúde. 2012; 36(3): 397-406.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Caderno de textos cartilhas da política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Sato M, Ayres JRCM. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1027-1038.
7. Zoboli ELCP, Santos DV, Schweitzer MC. Pacientes difíceis na atenção primária à saúde. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):893-903
8. Hiriart GM, Gatica XS. Pacientes policonsultantes: Un síntoma del sistema de salud en Chile? Acta Bioethica. 2014; 20(2):215-223
9. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Rev Admin Empresas. 1995; 35(2):57-63.
10. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. O Mundo da Saúde. 2011; 35(4):438-442.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
12. Deleuze G. Espinosa: Filosofia Prática. São Paulo: Escuta; 2002.
13. Leme AP. SPINOZA: O conatus e a liberdade humana. In: Cadernos Espinosanos. 2013;1(28):109-128.
14. Soares JL, Araújo LFS, Bellato R, Petean E. Tecitura do vínculo em saúde na situação familiar de adoecimento crônico. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):929-940.
15. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, editors. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz. 2006:669-690.
16. Sévéric P. O conhecimento como o mais potente dos afetos. In: LIMA A, editor. O mais potente dos afetos: Spinoza e Nietzsche. São Paulo: Martins Fontes. 2009:17-58.
17. Fonseca MLG, et al. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. Rev aten prim saúde. 2008; 11(3):285-294.
18. Edgoose J. Rethinking the difficult patient encounter. Fam Pract Manag. 2012; 19(4):17-20.
19. Gazzinelli MF, Souza V, Fonseca RMGS, Fernandes MM, Carneiro CLL, Godinho LK. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(2):284-291.
20. Guizardi FL, Cavalcanti FOL. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. Physis Rev Saúde Coletiva. 2010; 20(4):1245-1265.
21. Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000; 53(especial):31-33.
22. Teixeira J. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde – utentes. Aná Psicológica. 2004; 22(3):615-620.