

Política nacional de humanização do SUS: importância e implementação em unidade de nefrologia

National humanization policy of SUS: importance and implementation in nephrology unit

Angeluzza Amorim Viana^{1*} , Adriana Mayon Neiva Flores²

¹Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Programa de Secretária de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, Programa de Residência Multiprofissional em Nefrologia, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Secretária Saúde do Distrito Federal – SES/DF, Programa de Residência Multiprofissional em Nefrologia, Brasília, Distrito Federal, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: angeluzza.viana@escs.edu.br

Resumo: INTRODUÇÃO: A assistência aos pacientes renais, dado as perdas diversas que estes vivenciam, deve ser focada em cuidado biopsicossocial, integral e continuado, culminando em eficácia do serviço realizado por meio de equipe multiprofissional. Essas características conversam com o preconizado na Política Nacional de Humanização (PNH). OBJETIVO: Logo o presente estudo tem por objetivo investigar se as estratégias de humanização baseadas nos eixos e princípios da PNH são conhecidas, aplicadas e valorizadas no contexto de cuidados a pacientes nefropatas, sob visão dos profissionais de unidade de nefrologia do SUS em Brasília-DF. Métodos: Estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa e método fenomenológico, com formulário de autoria do autor produzido com base nas diretrizes da PNH. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Identificado alta valorização da PNH, sobretudo às diretrizes que convergem no trato interpessoal e qualidade do serviço estético e ético, não havendo significativa diferença entre categorias profissionais. Menor importância foi atribuída as diretrizes com caráter político, correspondentes a processos decisórios grupais, consultivos e horizontalizados. Acerca da implementação da PNH no setor, a percepção dos entrevistados reflete os resultados supracitados, adicionando déficit no atendimento individualizado e colaboração entre profissionais e usuários nos processos decisórios. Quanto ao conhecimento declarado da PNH, os residentes multiprofissionais, em absoluto, afirmaram conhecer a política enquanto os profissionais efetivos e residentes médicos em maioria a desconheciam. Concernente a referenciação de ações humanizadas no setor por categoria profissional, observado viés de autoindicação na viabilização dessas ações. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Há valorização da PNH no setor, já as ações práticas são percebidas de forma superficial e voltada para a operacionalização do serviço, com déficit quanto a compreensão/prática da integralidade da assistência e seu caráter político. Evidenciou-se ausência da gestão, carência de diálogo entre profissionais-gestão-usuários e déficit em educação continuada na assistência.

Palavras-chave: nefrologia, humanização da assistência, política nacional de humanização.

Abstract: INTRODUCTION: The assistance to renal patients, given the various losses they experience, should be focused on biopsychosocial care, integral and continued, culminating in the effectiveness of the service performed through a multidisciplinary team. These characteristics talk to the recommended in the National Humanization Policy (PNH). OBJECTIVE: Therefore, the present study aims to investigate whether humanization strategies based on the axes and principles of PNH are known, applied and valued in the context of care for nephropathic patients, under the view of the professionals of the nephrology unit of the SUS in Brasília-DF. Methods: Descriptive exploratory study, qualitative approach and phenomenological method, with author's authorship form produced based on PNH guidelines. RESULTS AND DISCUSSION: High valuation of PNH was identified, especially to the guidelines that converge in the interpersonal treatment and quality of aesthetic and ethical service, with no significant difference between professional categories. Less importance was given to political guidelines, corresponding to group, advisory and horizontal decision-making processes. Regarding the implementation of PNH in the sector, the perception of the interviewees reflects the aforementioned results, adding deficit in individualized care and collaboration between professionals and users in decision-making processes. As for the declared knowledge of the PNH, multiprofessional residents, absolutely, affirmed to know the policy while the effective professionals and medical residents mostly did not know it. Concerning the referral of humanized actions in the sector by professional category, observed self-administered bias in the feasibility of these actions. FINAL CONSIDERATIONS: There is an appreciation of the PNH in the sector, since the practical actions are perceived in a superficial way and focused on the operationalization of the service, with deficit as the understanding/practice of the integrality of the assistance and its political character. There was a lack of management, lack of dialogue between professionals-management-users and deficit in continuing education in care.

Keywords: nephrology, humanization of assistance, national humanization policy.

Introdução

A Política Nacional de Humanização da gestão e da atenção (PNH), em curso desde 2003, consiste em uma estratégia de ação que tem como objetivo modificar o padrão de assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), visando melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados nos hospitais públicos do Brasil, através do fortalecimento da humanização como política transversal na rede de atendimento de modo a alicerçar o caráter indissociável entre o modelo de atenção e gestão (Brasil, 2001; Pasche & Passos, 2008). Prega por inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, de modo coletivo e compartilhado. Respeitando princípios, que se resumem a: Transversalidade – a PNH deve estar presente em todo o SUS e buscar transformar as relações de trabalho por meio de melhorias na comunicação entre pessoas e grupos; Indissociabilidade entre atenção e gestão – trabalhadores e usuários devem, não só conhecer, mas também participar ativamente dos processos de tomada de decisão nas ações de saúde coletiva, a fim de produzir corresponsabilidade e protagonismo; – o reconhecimento do papel de cada um sujeitos envolvidos, legitimação de direitos cidadãos, valorização e incentivo a participação ativa na produção de saúde (Brasil, 2013).

Com a implementação da PNH tem crescido o interesse de pesquisadores em avaliar os efeitos de práticas humanizadas no contexto de atenção e gestão em saúde (Santos Filho, 2014). Estudos realizados apontam que na humanização da assistência em saúde, de modo geral, existe uma necessidade de ampliação dos espaços de escuta e participação ativa dos personagens envolvidos, para que seja garantida a efetiva implementação da PNH, ou seja, é de suma importância a promoção de maior participação dos trabalhadores e usuários nos processos decisórios hospitalares. Sendo a comunicação não efetiva identificada como um dos principais empecilhos para a implementação da PNH, com indicativo de que é pela modificação de pequenas ações, dia a dia, que se promove grande mudança no atendimento humanizado, isso sob o ponto de vista de profissionais e usuários (Garcia et al., 2010; Goulart & Chiari, 2010; Moraes & Wunsch, 2013; Nascimento, 2010). No que concerne o atendimento ao paciente renal, para além da PNH que se aplica ao contexto geral do SUS, temos a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR), com parâmetros de acompanhamento referenciados na PNH e acréscimos (Perusso, 2013).

A Sociedade Internacional de Nefrologia (ISN, *International Society of Nephrology*) aponta que 850 milhões de pessoas em todo mundo apresentam algum tipo de adoecimento renal (ISN, 2019 apud Pereira & Fernandes, 2022). Pereira e Fernandes (2022) tomando como base dados populacionais do IBGE (2021) alinhados com a prevalência de DRC na população brasileira, estima que em média 25 milhões de Brasileiros estão com DRC em algum grau. A alta taxa de prevalência decorre de uma transição demográfica ocasionada com o aumento da expectativa de vida e sobrevida de pacientes renais (Pereira & Fernandes, 2022).

A Doença Renal Crônica (DRC) tem como principal característica a redução da função renal evidenciado pela Filtração Glomerular (FG) inferior a 15 mL/min/1,73m², onde é estabelecido o estágio mais avançado da perda funcional progressiva da função renal, denominada Falência Funcional Renal (FFR) (Bastos et al., 2010). O diagnóstico de DRC inflige a vida do indivíduo diversas restrições: dietéticas, de ingestão de líquido, do uso de medicações, de maior uso dos serviços de saúde e limitações na vida diária, acarretando prejuízo na qualidade de vida e demandando mudanças comportamentais para melhor adaptação do indivíduo (Aguiar et al., 2020; Riella, 2018)

Os infrequentes estudos realizados para avaliar a qualidade do tratamento dispensado á pacientes com doença renal, historicamente indicam terem sido inadequados, no entanto existem publicações que buscam projetar diretrizes sobre cuidados a serem dispensados a este público, visando estabelecer parâmetros de atuação e melhorar a qualidade no atendimento. Estes estudos definiram que a solução para os problemas relativos a DRC é complexa e propuseram condutas que abarcam minimamente 03 ações principais, são elas: “1. Diagnóstico precoce da DRC; 2. Encaminhamento imediato para acompanhamento especializado; e 3. Identificação e correção das principais complicações e comorbidades da DRC, bem como o preparo do paciente (e seus familiares) para a Terapia Renal Substitutiva (TRS)” (Bastos et al., 2012).

Estudos realizados no Canadá constataam que pacientes doentes renais acompanhados por equipe multidisciplinar com oferecimento de atendimento integral, envolvendo não só a monitoração da função renal, mas também a identificação e correção das funções orgânicas, psíquicas e sociais, tem propiciado a otimização dos cuidados no curso da DRC. Os referidos autores defendem também que “a orientação em linguagem adequada das diferentes complicações da DRC e suas possíveis consequências aumenta a aderência ao tratamento” (Bastos et al., 2012).

Dada a complexidade do manejo do paciente renal crônico em diálise, a legislação (RDC 154/2004) exige uma equipe mínima para funcionamento de unidades que fornecem o serviço, equipe multiprofissional

formada por médicos nefrologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos. Isso possibilita visão multifacetada do adoecimento e fornece subsídios para um cuidado integral/holístico do paciente. O que converge com o que é preconizado pela PNH onde é proposto que o atendimento ao usuário deve ser não só pautado no diálogo, como também deve abarcar o contexto global do paciente (Pereira & Fernandes, 2022).

Tendo como base estas informações, adicionadas a prática vivenciada no local de estudo, percebeu-se a necessidade de investigar a que nível as estratégias de humanização baseadas nos eixos e princípios da PNH são conhecidas, aplicadas e valorizadas no contexto de cuidados a pacientes nefropatas pela visão dos profissionais de uma Unidade de Nefrologia situada em Hospital Regional localizado em Brasília. Uma vez que, dentre os fatores indicativos de qualidade no atendimento ao usuário dos serviços de saúde, no âmbito geral, se destaca o atendimento humanizado (Brasil, 2001), possibilitado em prima, pela capacidade dos profissionais de promovê-lo.

Portanto teve-se como objetivo geral analisar a importância da PNH sob a perspectiva dos profissionais efetivos e residentes de uma equipe multidisciplinar desta unidade e sua implementação no Serviço. E como objetivos secundários, investigar a importância atribuída aos princípios norteadores da PNH na perspectiva de profissionais de nível superior, mapear a ocorrência de práticas humanizadas implementadas no setor no último trimestre conforme relato recordatório dos entrevistados e identificar os profissionais referenciados na implementação de ações humanizadas. Levantou-se hipótese positiva de que política é conhecida, valorizada e aplicada como preconizado. E hipóteses negativas prevendo que a PNH é conhecida e valorizada, mas não aplicada devidamente ou não é conhecida e valorizada, nem aplicada como preconizado, sob a visão dos profissionais.

Os resultados a serem encontrados poderão contribuir para não só identificar a existência de estratégias de humanização no contexto em tela, mas também promover sensibilizar a equipe a implementação de protocolos mais coerentes com a política pública.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, com método fenomenológico, ou seja, ocorreu investigação da situação problema a fim de compreender o funcionamento de uma realidade, buscando traduzir opiniões e números em informações as quais foram classificadas e analisadas, com o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o assunto por meio de entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com a temática pesquisada (Gil, 2008).

O estudo teve como lócus um Hospital Regional, localizado em Brasília - Distrito Federal, parte integrante da Secretaria de Saúde do DF, onde são realizados atendimentos em diversas especialidades e oferece serviços de internação, ambulatorial e emergência. O setor da Nefrologia presta serviço de atendimento a pacientes com alterações de função renal, em decorrência de patologias primárias do rim (Glomerulopatias, por ex.), ou doença renal secundária. Esses atendimentos incorrem em nível ambulatorial a usuários em tratamento conservador de patologias renais de forma geral, a nível de internação a usuários com alteração de função renal de caráter Agudo e/ou Crônicos e também de oferta de duas modalidades de Terapia Renal Substitutiva: Diálise peritoneal e Hemodiálise.

A equipe Multiprofissional é formada por 10 médicos, 07 enfermeiros, 01 (uma) nutricionista e 01 (uma) Assistente social responsáveis pela clínica, 01 (uma) psicóloga e 19 técnicos de enfermagem. Também atuam no setor residentes médicos e multiprofissionais em caráter transitório.

A amostra é composta por profissionais com ensino superior atuantes no setor de nefrologia. A seleção da amostra foi por conveniência tendo como critérios de inclusão o aceite de participação da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), foram critérios de exclusão o tempo de atuação no setor inferior a 03 (três) meses, escolaridade menor que superior e que não assinarão o termo de consentimento Livre e esclarecido.

Os dados foram coletados pelo pesquisador mediante aplicação de formulário (ANEXO A). O formulário é próprio, elaborado pelo pesquisador, com questões que verificam o conhecimento do profissional acerca de condutas humanizadas no setor, avaliam os níveis de importância atribuídos por estes as práticas preconizadas na PNH e busca identificar, durante o último trimestre, a ocorrência de situações exercidas que caracterizam práticas humanizadas e qual a categoria profissional que mais as realizou. O formulário foi produzido tendo como base as diretrizes da PNH e contém 14 proposições com escala *Likert* de importância,

sendo distribuído 2 proposições por diretriz: 1 e 2 – Acolhimento; 3 e 4 – Gestão participativa e cogestão; 5 e 6 Ambiência; 7 e 8 Clínica ampliada e compartilhada; 9 e 10 – Valorização do trabalhador; 11 e 12 – Defesa dos direitos dos usuários; 13 – Fomento de grupidades de coletivo e de redes. No que concerne à variável de identificação de práticas humanizadas e referência de profissionais na execução destas foram analisadas apenas as proposições a respeito de 1 e 2 – Acolhimento; 7 e 8 Clínica ampliada e compartilhada; 11 e 12 – Defesa dos direitos dos usuários, por meio de resposta dissertada e escala *Likert* de frequência.

As respostas foram preenchidas pelo participante mediante formulário digital apresentado pelo pesquisador. Para armazenamento dos dados foi utilizado a plataforma online de formulários Google Doc. O convite a participar da pesquisa foi realizada de forma presencial onde, mediante aceite, foi realizado a assinatura do termo TCLE e o pesquisador explicou a natureza da pesquisa assim como fez as devidas orientações sobre o formulário a ser respondido.

Aspectos éticos

A realização do estudo teve início após aprovação deste projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Saúde/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS), e foi criteriosamente direcionado obedecendo a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Os participantes assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), com linguagem adaptada à leitura com o participante.

A pesquisa tem caráter sigiloso, em que apenas pesquisadora e orientadora tiveram acesso aos dados, incorreu em riscos mínimos, podendo ocorrer desconforto físico e psicológico durante coleta de dados e intervenção. Para minimizar tais riscos, todos os procedimentos foram realizados em ambiente apropriado, na presença de profissionais capacitados, com a utilização de métodos e técnicas seguras e pronta assistência em caso de intercorrências.

Resultados

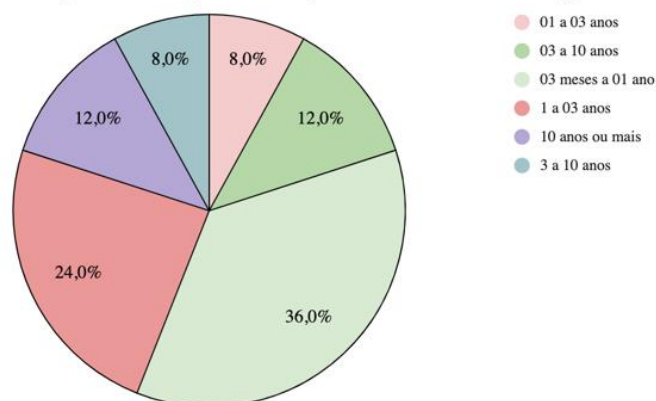
Os dados passaram por análise descritivo exploratório sendo observados os níveis de importância atribuído pelos profissionais às práticas humanizadas; o conhecimento da equipe sobre a PNH, a identificação de situações nas quais são realizadas práticas humanizadas; frequência dessas ações; identificação dos profissionais que mais realizam atendimento humanizado e diretrizes mais visualizadas na prática. Observado também diferenças entre domínio de conhecimento da política e importância atribuída, entre servidores x residentes.

A análise das respostas dissertadas dadas pelos sujeitos da pesquisa foi realizada em etapas como segue: identificação de categorias de análise conforme as diretrizes da PNH (acolhimento, clínica ampliada e compartilhada, defesa de direitos do usuário), definição operacional de cada categoria e posterior definição de respostas “completas”, “incompletas” e “inadequadas” conforme indicadores de acertos. Desenho de banco de dados em formato de tabela com identificação do sujeito, resposta, categoria, índice de acertos e critério de correção. Tabulação dos resultados com indicadores de porcentagem de respostas corretas e padrões de grau de conhecimento das diretrizes da PNH.

Como banco de dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2016.

Participaram da pesquisa 25 (vinte e cinco) profissionais, sendo 15 (quinze) residentes (60%) e 10 (dez) de quadro efetivo (40%), separados entre as seguintes profissões: 06 (seis) médicos (24%), 06 (seis) enfermeiros (24%), 05 (cinco) psicólogos (20%), 05 (cinco) nutricionistas (20%), 03 (três) assistentes sociais (12%). Apenas 1 (um) profissional não aceitou participar da pesquisa.

Quanto ao tempo de atuação no setor (Figura 1) deve se considerar que os residentes entrevistados fazem parte de programa que possui tempo limitado de duração e, portanto, trabalham em esquema de rodízio em vários hospitais regionais. Assim, obteve-se 36% dos entrevistados atuaram no setor por período entre três (03) meses até um (1) ano. Entre os profissionais efetivos (40% da amostra total), temos que 12% estão há mais de 10 anos no Setor.

Contagem de Tempo de atuação no setor de Nefrologia**Figura 1.** Tempo de Atuação dos entrevistados.

Quanto ao (des)conhecimento da PNH obteve-se os seguintes resultados (Tabela 1):

Tabela 1. Declaração de conhecimento da PNH.

Categoria Profissional	Profissão	Conhece a PNH		N de Entrevistados
		SIM	NÃO	
Efetivo	Médico	1	4	5
	Enfermeiro	2	1	3
	Psicólogo	0	0	0
	Nutricionista	0	1	1
	Assistente Social	1	0	1
Residentes	Médico	0	1	1
	Enfermeiro	3	0	3
	Psicólogo	5	0	5
	Nutricionista	4	0	4
	Assistente Social	2	0	2
Total		18	7	25

Nota-se na tabela 1 e figura 2 que 07 (sete) dos 25 (vinte e cinco) profissionais responderam não conhecerem a PNH, sendo: 06 (seis) do quadro efetivo (Médico, Enfermeiro e Nutricionista) e 1(um) residente (Médico). Entre os respondentes que declaram conhecer a PNH, temos: 04 (quatro) do quadro efetivo (Enfermeiro, Médico e Assistente Social), e 14 residentes (Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Nutricionista) totalizando 18.

Quanto ao grau de importância atribuída as diretrizes da PNH (Figura 3), a grande maioria dos respondentes apontou o grau 5 que se referia a resposta “muito importante” para todas as diretrizes. Apenas duas diretrizes (ambiência e fomento de grupalidades) receberam avaliação de importância moderada (resposta 3 – três na escala *likert*).

Em análise qualitativa das respostas obtidas por meio das perguntas abertas (Figura 4), onde foi proposto identificação de situações vivenciadas que caracterizasse atendimento humanizado no setor, identificou-se o seguinte:

- Sobre a diretriz “Acolhimento” - a maior parte das respostas (48%) tiveram dois ou mais indicadores de acertos (respostas com conteúdos correlacionados ao que é preconizado na diretriz).

- Sobre a diretriz “Clínica Ampliada e Compartilhada” – notou-se maior dificuldade e uma maioria de respostas incompletas (37,5%), ou seja, que abordava somente um indicador de acerto. Respostas completas contabilizaram em 37,5% dos respondentes.

- Sobre a diretriz “Defesa dos direitos do usuário” - percebe-se que, embora a maior parte das respostas sejam completas (52%), temos um percentual muito alto (28%) de respostas inadequadas (nenhum item de identificação da diretriz, respostas vagas e/ou prolixas).

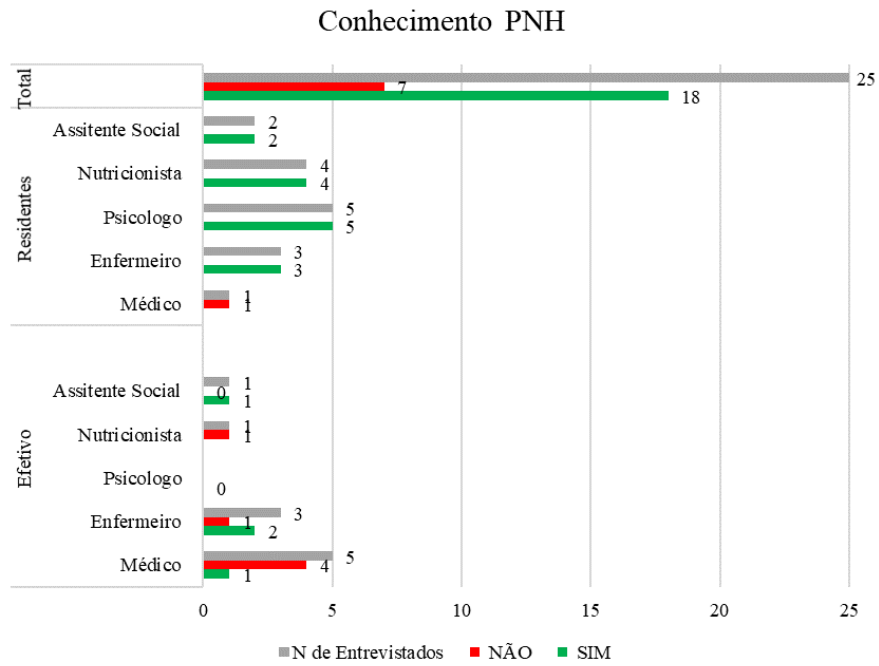


Figura 2. Visualização da declaração de conhecimento da PNH.

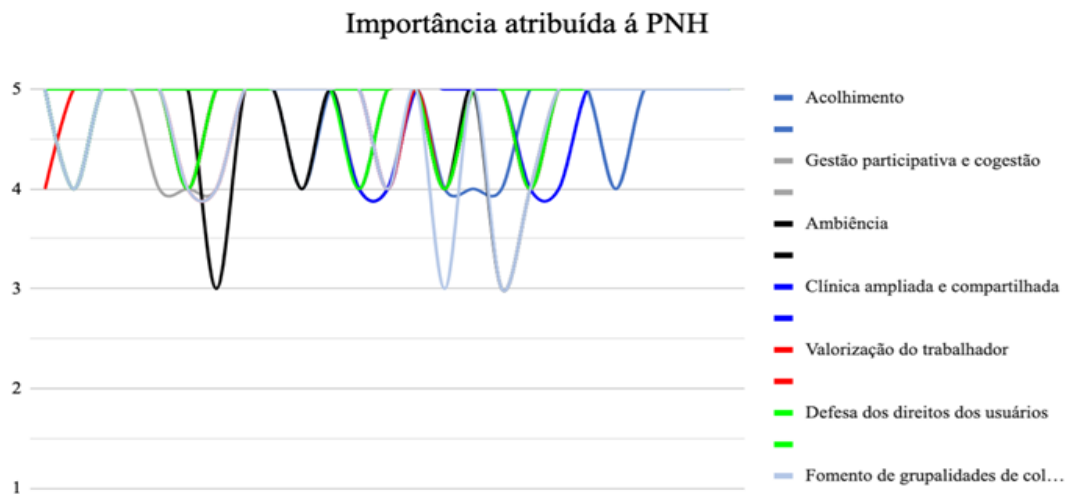


Figura 3. Atribuição de importância á PNH.

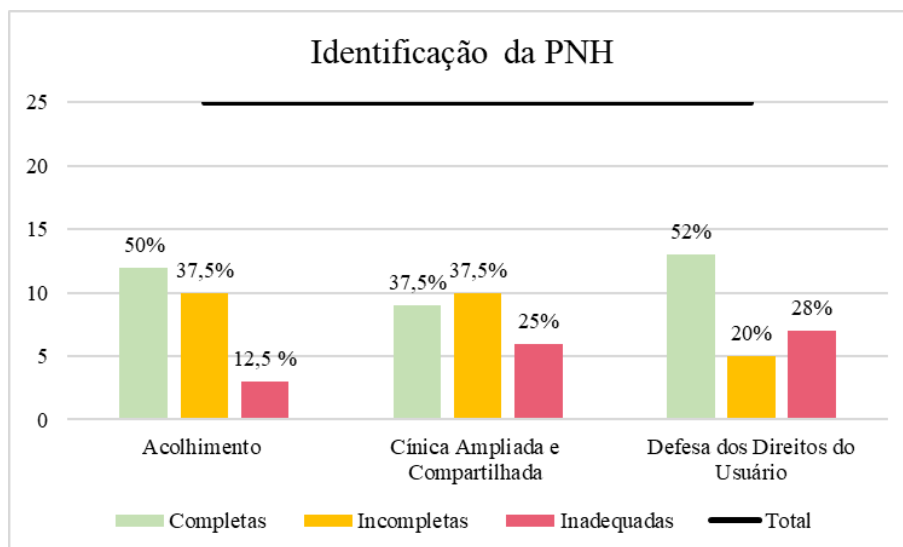


Figura 4. Classificação de identificação da PNH.

Dentre as repostas obtidas foi realizada análise das incoerências entre o "dizer que conhece a política PNH" e a correta identificação de ações humanizadas na rotina do serviço. A maioria dos entrevistados apresentou padrão coerente de resposta. Apenas dois entrevistados (18 e 19) ofereceram respostas vagas e padronizadas, apesar de afirmar conhecimento da PNH. Entrevistado 18 repetiu a mesma resposta em todas as diretrizes, à saber: "Assistência diária na Hemodiálise".

A seguir está ilustrado, na tabela 2, as categorias de profissionais que foram indicadas como realizadores de práticas humanizadas.

Tabela 2. Identificação de prática humanizada por categorias profissionais.

Indicação de profissionais que geralmente realizam prática humanizada conforme a percepção dos colegas																
Profissão	N de entrevistados	Acolhimento					Clínica Ampliada e Compartilhada					Defesa dos direitos do usuário				
		A.S	E	M	N	P	A.S	E	M	N	P	A.S	E	M	N	P
Assistente Social	3	3					3	2	2	1	3	1	1	3	1	1
Enfermeiro	6		5	4	1		2	2	3	2	3	2	5	1	1	2
Médico	6	2	2	5	1	2	2	3	6	1	1	5	4	3	3	4
Nutricionista	5	2		3	2		2		1	1		1		4	2	
Psicólogo	5	4	1	1	3	5	4	3	3	4	5	5	2	1	3	3
Totais	25	11	8	13	7	7	13	10	15	9	12	14	12	12	10	10

A.S = Assistente Social, E = Enfermeiro, M = Médico, N = Nutricionista, P = Psicólogo.

De acordo com os resultados, a categoria profissional menos apontada nas iniciativas humanizadas foi a Nutrição. Considerando que 20% da amostra era formada por nutricionistas se faz um dado relevante. As profissões mais citadas foram médicos e assistentes sociais, porém existe o viés de indicação por colega de mesma categoria profissional.

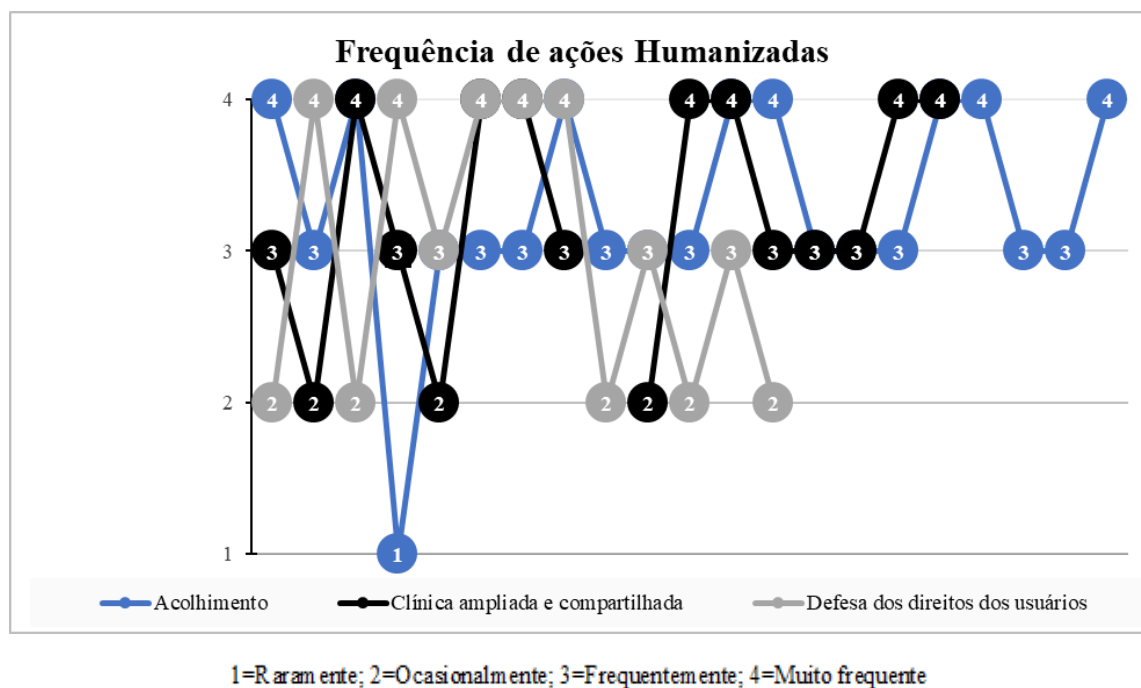


Figura 5. Frequência de ações humanizadas.

O gráfico mostra que os profissionais entrevistados foram capazes de identificar frequências altas de ações humanizadas realizadas pela equipe do Setor, dentro das respostas classificadas como adequadas e incompletas, que não continham críticas as atuações. Observado também um significativo número de ações foram apontadas como ocorridas ocasionalmente, dentro de todas as diretrizes.

Apenas uma das categorias foram identificadas como de ocorrência rara (1), a saber:

- Acolhimento “Encaminhamento para UBS de paciente agudizado, o qual obteve bom prognóstico, a fim de realizar acompanhamento”.

Um significativo número de ações em todas as diretrizes foi descrito como ocorrido ocasionalmente (2).

Discussão

Os resultados sugerem que os profissionais do setor de Nefrologia da unidade atribuem grande importância a PNH e suas diretrizes. Observou-se menor importância atribuída nas diretrizes Ambiente e Fomento de Grupidades – a primeira diz respeito a criação/manutenção de espaços acolhedores e que os usuários/profissionais sejam consultados na concepção/reformas/uso destes espaços de forma a serem adaptados às necessidades de todos. A segunda diretriz refere-se ao reconhecimento de todos os sujeitos (usuários, gestores e trabalhadores) como implicados nos processos de trabalho, sendo este transdisciplinar e em rede (Oliveira, 2010).

Não foi observado diferença significativa na atribuição de importância a PNH entre os residentes e profissionais do quadro efetivo.

Além disso, foi percebido uma atribuição de maior importância às diretrizes que centram na qualidade da assistência ao usuário, com ênfase no trato interpessoal e qualidade do serviço estético e ético. Foi atribuída menor importância para as diretrizes que preconizam por processos grupais; consultivos e horizontalizados nos processos de decisões, ou seja, quanto ao caráter político da PNH.

Importante frisar que a PNH é uma política pública de saúde formulada para se inserir de forma ampla e transversal no sistema de saúde, não se restringindo a ações pontuais (Pereira & Ferreira Neto, 2015).

Quanto ao conhecimento da PNH, destacou-se que, do total de entrevistados (07) que afirmaram não conhecer a PNH, 06 (seis) são do quadro efetivo. Desses, 4 (quatro) são médicos e 2 (dois) de outras categorias profissionais. O único entrevistado da categoria residente, que negou conhecer a política PNH, é profissional médico. Tais resultados possibilitam atentar-se para a formação acadêmica dos profissionais e também para educação permanente em saúde – preconizado nas diretrizes da PNH. Considerando que a PNH foi instituída em 2003 e provavelmente não esteve presente em grade curricular da formação acadêmica da maior parte dos profissionais entrevistados (efetivos), justifica-se o desconhecimento da política. No entanto, todos os profissionais estão em serviço ativo há mais de três anos e já poderiam ter melhor conhecimento desse conteúdo mediante educação continuada e permanente (uma das diretrizes da PNH).

Sobressai também o dado de que todos os residentes multiprofissionais afirmaram conhecimento da PNH, apontado para uma formação especializada em nefrologia que tem abarcado o processo ensino-aprendizagem com vistas para atendimento humanizado. Possivelmente, o conteúdo, não está incluso na educação especializada em nefrologia médica, uma vez que a amostra obtida desta categoria afirmou não conhecer a PNH.

Em seu estudo sobre a implantação da PNH, Silva et al. (2018) já trazia argumento que corrobora com os resultados encontrados. O estudo discute o desafio de viabilizar a educação permanente, em conjunto com a problemática da organização das competências e complexidade da comunicação.

A PNH prevê dispositivo (Programa de Formação em Saúde e Trabalho) que propõe encontros e diálogos críticos entre saber e prática, por meio de reuniões de equipe, pesquisa e atividades de análise, sendo estas atividades sistematizadas no paradigma da educação permanente de profissionais (Pasche, 2009).

A análise das três diretrizes - acolhimento, clínica ampliada e compartilhada e defesa dos direitos dos usuários – fora realizada com base em perguntas abertas e análise qualitativa do conteúdo. Os resultados obtidos na diretriz "acolhimento" mostraram que, pelo menos metade dos respondentes identificaram ações correspondentes com a humanização, de forma que abarcasse duas ou mais características da diretriz em tela.

Cabe lembrar que acolhimento é um conceito amplo que abarca um processo onde ocorre o reconhecimento da demanda, atendimento de forma resolutiva, escuta qualificada e integração com a equipe.

Nesta categoria, mais da metade das respostas obtidas (60%) se limitaram a enfatizar a capacidade de encaminhamento do paciente para novos fluxos ou diferentes profissionais da mesma equipe como sendo o melhor exemplo da diretriz "acolhimento". Ainda 37% das respostas foram classificadas como "inadequadas", ou seja, descreviam ações que não abarcavam um item característico da diretriz. De maneira geral, as respostas mantiveram foco na resolutividade do atendimento, no sentido de encaminhamentos e garantia de direitos, negligenciando escuta e adaptação da demanda de forma singular.

Em estudo sobre acolhimento, como estratégia da PNH, encontrou-se resultados que corroboram com os achados, onde foi percebido um saber focado no fazer e satisfação dos usuários objetivamente, onde a valorização das individualidades e singularidades pareceram ocupar lugar secundário nas percepções dos profissionais. Resultando em déficit no de habilidades na rotina de implementação da política PNH nos serviços em geral (Silva et al., 2011).

Em Clínica Ampliada e Compartilhada 37,5% das respostas foram avaliadas como completas, foi obtida a mesma proporção de respostas incompletas e 25% de respostas inadequadas. No conceito, a diretriz se refere a escuta e identificação da demanda, contextualização da queixa, atendimento multiprofissional e atendimento em rede. O quantitativo alto (25%) de respostas inadequadas mostra a dificuldade encontrada pelos profissionais em identificar a ações humanizadas no setor correspondentes com a diretriz.

De forma geral, foram obtidas respostas que indicam "solicitação de atendimento" a outros profissionais da equipe, mediante identificação de demandas junto ao paciente. Pouco citado sobre reuniões e compartilhamento de informações, sendo algumas das citações, críticas à dinâmica de escassez dessa prática. Diante disso avaliou-se que a humanização do atendimento neste aspecto, está mais focada na ampliação da clínica e pouco no compartilhamento desta.

Quanto a Defesa dos Direitos dos Usuários, em essência diz respeito às ações de assegurar que os direitos em saúde sejam cumpridos e disponibilizar informações sobre esses direitos aos usuários. Foi obtido o maior índice de respostas completas (52%), no entanto, 28% do total foram inadequadas, ou seja, não continham nenhum item que identificasse ação humanizada. Pelo menos 04 (quatro respostas) mesmo identificando corretamente o que concerne a diretriz avaliada, teceram críticas ao que é vigente no setor: "*Infelizmente durante a prática, diversas vezes o paciente não foi incluído no processo de tomada de decisões com relação ao seu tratamento. Muitas decisões são feitas de forma vertical*" (entrevistado 1). Em respostas opostas foi obtido: "*Os pacientes que iniciam a TRS aqui e que permanecem sendo paciente em hemodiálise aqui no hospital, geralmente possuem esse cuidado, da possibilidade de fazer HD ou DP, e é atendido por todos os profissionais de saúde, de forma contínua*" (entrevistado 6).

Por fim, analisando a identificação de profissionais referenciados como praticantes da PNH no setor, obteve-se um maior índice de indicação da categoria médico e em segundo do serviço social, tendo os nutricionistas como categoria menos indicada, visto que a amostra desta correspondia 20% do total, denota-se diferenciação do viés percebido, onde majoritariamente ocorre indicação por colega de mesma categoria profissional na referência de prática humanizada. Tal viés foi percebido em menor escala no serviço social, qual obteve alto índice de indicação como profissão referenciada na prática humanizada apesar da baixa porcentagem de amostra.

Demais respondentes (médicos, psicólogos, enfermeiros) tenderam a identificar sua profissão como a que mais executa ações humanizadas no setor. Isso demonstra dificuldade na percepção das práticas de outras categorias profissionais. Ratificando os resultados obtidos na identificação de ações condizentes com a clínica ampliada e compartilhada, onde os dados apontam para déficit no compartilhamento de informações, ou seja, na comunicação intra equipe.

Considerações finais

Os participantes demonstraram conhecer a PNH, mesmo os que declaram desconhecimento da política, e também a valorizam reconhecendo práticas que tornam a assistência mais humanizada. As respostas contemplaram o que consiste a PNH em muitos aspectos, porém ainda parecem estar longe da complexidade do conceito e visualizam de forma mais superficial, voltada para operacionalização do cuidado. No que foi resultado da visão sobre a implementação de práticas humanizadas no setor, notou-se, desconhecimento sobre os aspectos políticos e a integralidade da assistência.

Ainda sobre a implantação política, parece que a equipe é capaz de identificar a problemática, porém não se percebem como autores desta ou protagonistas na resolução cabível. Identificam ações humanizadas em seu próprio fazer, mas geralmente não reconhecem as diretrizes nas práticas de outros profissionais da equipe. Foi observado ainda que a ótica dos profissionais do que se caracteriza como assistência humanizada ainda parece unidirecional e vertical (o que a equipe oferece ao usuário) ao invés de bidirecional e horizontalizada (como o usuário participa nesse contexto). Não houve referência às ações de gestão nos exemplos de ações humanizadas. Partindo dessa análise é depreendida necessidade de se desenvolver mais diálogo intra equipe, com usuários e gestão.

Vale ressaltar, ainda, que os resultados sugerem que servidores, principalmente os mais antigos no cargo, apresentam pior conhecimento da política formal PNH (ainda que, na prática, apresentassem mesmo padrão de identificação de ações humanizadas) quando comparados com residentes ou servidores mais modernos. Uma provável explicação se refere ausência/deficiência de educação continuada, preconizado nas diretrizes da PNH.

Desta forma é depreendido que, de maneira geral, os achados vão de encontro com a literatura. Pereira e Fernandes (2022) enfatizam a comunicação entre tríade: paciente renal, familiares e equipe de saúde como imprescindível para a assistência, sugerindo como boa prática na integração do cuidado, reuniões entre profissionais e familiares, a fim de aproximar a equipe dos cuidadores e promover conhecimento do cuidado domiciliar, e também reuniões multidisciplinares regulares, possibilitando uma visão biopsicossocial do paciente e conseqüentemente a adequação do cuidado.

Partindo desses resultados sugere-se, que em futuras pesquisas nessa unidade busque-se investigar o conhecimento e implantação da PNH pela ótica dos usuários/familiares e gestores, assim possibilitando uma visão geral de todos os personagens envolvidos, tornando possível a realização de planejamento para implementação da PNH de maneira integral.

Referências

- Aguiar, L. K., Prado, R. R., Gazzinelli, A., & Malta, D. C. 2020. Factors associated with chronic kidney disease: Epidemiological survey of the national health survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, 1–15.
- Bastos, M. G., Bregman, R., & Kirsztajn, G. M. 2010. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 248–253.
- Bastos, M. G., Carmo, W. B., Abrita, R. R. A., Almeida, E. C., ... & Paula, R. B. 2004. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 26(4), 202–205.
- Brasil. 2001. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 20, 1–60.
- Brasil. 2013. *Política Nacional de Humanização* (1a ed.; 1a Reimpressão), 148, 148–162. www.saude.gov.br/humanizausus
- Garcia, A. V., Argenta, C. E., Sanchez, K. R., & São Thiago, M. L. 2010. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 811–834.
- Gil, A. C. 2008. Métodos e técnicas de pesquisa social. In: *Annals of Ophthalmology*, 6^a ed. Atlas S. A.
- Goulart, B. N. G., & Chiari, B. M. 2010. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 255–268.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. *Estimativas da população* [Internet]. 2021 [citado 2023 Mar 16]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>.
- Morais, T. C., & Wunsch, D. S. 2013. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica - The challenges to effective humanization hospital: perceptions of patients and professionals in a pediatric unit. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 12(1), 100–113.
- Nascimento, A. V. 2010. Avaliação da política de humanização em saúde no hospital Barão de Lucena: o reconhecimento no cuidado da criança. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 163p.
- Oliveira, O. V. M. de. 2010. Política Nacional de Humanização o que é como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.

- Pasche, D. F. 2009. Humanização e os Hospitais Brasileiros: experimentando a construção de novos paradigmas e novas relações entre usuários, trabalhadores e gestores. *Revista Médica de Minas Gerais*, 19(4), 1-2.
- Pasche, D. F., & Passos, E. 2008. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Pública Santa Catarina*, 1(1), 92–100.
- Pereira, A. B., & Ferreira Neto, J. L. 2015. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(1), 67–88.
- Pereira, B. S., & Fernandes, N. M. S. 2022. *Psicologia & Nefrologia: teoria e prática*, 1ª ed. Sinopsys editora.
- Perusso, I. A. de O. 2013. Política nacional de atenção ao portador de doença renal: uma experiência no hospital universitário do Recife. *Applied Microbiology and Biotechnology*, 85(1), 2071–2079.
- Riella, M. C. 2018. *Princípios da nefrologia e distúrbios hidreletrolíticos*, 6. ed. Guanabara Koogan.
- Santos Filho, S. B. 2014. Research in Humanization: methodological links with the field of Evaluation. *Saúde & Transformação Social*, 5(2), 1–10.
- Silva, C. R. A., Lunardi Filho, W. D., Backes, D. S., Silveira, R. D. S., Lunardi, V. L., & Silva, A. P. A. 2011. Acolhimento como estratégia do programa nacional de humanização. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(1), 35–43.
- Silva, I. N., Pereira, V. A., & Araujo, L. C. N. 2018. Implantação da política nacional de humanização (PNH): conquistas e desafios para a assistência em saúde. *Gep News*, 1(1), 2–7.

Minicurrículo

Angeluz Amorim Viana. Especialização em Programa Multiprofissional em Nefrologia. Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, Brasil (2021 – Atual). Bolsista do(a): Escola Superior de Ciências da Saúde, ESCS, Brasil. Especialista em Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico. UNYLEYA EDITORA E CURSOS S/A, Unyleya, Brasil (2020 – 2021). Graduação em Psicologia. Universidade Paulista, UNIP, Brasil (2015 – 2019). Bolsista, Enquadramento Funcional: Residente, Carga horária: 60, Regime: Dedicção exclusiva (2021 – Atual).

Adriana Mayon Neiva Flores. Mestrado em Psicologia (Conceito CAPES 5) pela Universidade de Brasília, UnB, Brasil. Graduação em Psicologia. Universidade de Brasília, UnB, Brasil. Servidor Público, Enquadramento Funcional: Especialista em Saúde, Carga horária: 40. Atua como Psicóloga na Unidade de Nefrologia do Hospital Regional de Sobradinho – DF (2013 – Atual).

Como citar: Viana, A. A., & Flores, A. M. N. 2023. Política nacional de humanização do SUS: importância e implementação em unidade de nefrologia. *Pubsaúde*, 13, a433. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsau13.a433>

Recebido: 25 jan. 2023.

Revisado e aceito: 5 mar. 2023.

Conflito de interesse: os autores declaram, em relação aos produtos e companhias descritos nesse artigo, não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros que representem conflito de interesse.

Licenciamento: Este artigo é publicado na modalidade Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 (CC-BY 4.0).