Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Artigo

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: ANÁLISE DE FATORES INTERVENIENTES

NURSINGPRACTICEINBASICHEALTHUNITS: ANALYSIS OF FACTORSINVOLVED

Carla Liliane de M. F. C. e Silva[1]
Carlos Bezerra de Lima[2]
Cristina Costa Melquíades Barreto[3]
Elainy Maria Dias de Medeiros França[4]
Danilo Duarte Costa e Silva[5]

RESUMO – Cada vez mais as organizações buscam eficácia nos serviços que oferecem, principalmente na área da saúde, quando a meta é garantir a qualidade da assistência prestada à população. Visando maior resolubilidade e uma assistência de qualidade o presente trabalho objetivou estudar os fatores motivacionais e os de insatisfação intervenientes na assistência de enfermagem em unidades básicas de saúde, discutindo os achados sobre a perspectiva da humanização na assistência. Trata-se de pesquisa exploratória com abordagem quantitativa realizada com 23 enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde, cujos resultados apresentam um cenário no qual os profissionais referem encontrar motivações para realizar o seu trabalho, muito emboraapontem insatisfação com relação a fatores extrínsecos, que inferem na qualidade das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem e assistência prestada. Urge, pois realizar estudos nesta temática que possam contribuir com o conhecimento científico e

[1] Especialista em Gestão de Projetos Sociais. Bacharel em Administração. Graduanda em Enfermagem nas Faculdades Integradas de Patos (FIP).
[2] Enfermeiro. Doutor em enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente nas Faculdades Integradas de Patos.
[3] Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. Professora nas Faculdades Integradas de Patos (FIP)
[4] Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos. Professora nas Faculdades Integradas de Patos (FIP)
[5] Mestre em Engenharia Sanitária. Doutorando em Recursos Naturais da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

ancorar o processo de gestão da assistência de enfermagem nas referidas unidades de saúde, a fim de que a assistência possa ser realizada de forma satisfatória.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Atenção Básica. Fatores Intervenientes. Humanização.

ABSTRACT – More and more organizations seek efficiency in the services we offer, especially in health care, where the goal is to ensure the quality of care provided to the population. Seeking greater resolution and quality care the present study investigated the motivational factors and dissatisfaction of stakeholders in nursing care in basic health units, discussing the findings from the perspective of humanization in assistance. It is an exploratory research with a quantitative approach carried out with 23 nurses who work in primary health care units, the results present a scenario in which professionals refer find motivation to carry out their work, even though point dissatisfaction with the extrinsic factors, infer the quality of the actions developed by the nursing staff and the assistance provided. Urge as conducting studies on this subject that can contribute to scientific knowledge and anchor the process of management of nursing care in these health facilities, so that assistance can be performed satisfactorily.

Keywords: Nursing Care. Primary Care. InterveningFactors. Humanization.

INTRODUÇÃO

As pessoas constituem uma parcela muito importante no âmbito das organizações, tanto públicas quanto privadas, sendo parte fundamental para atingir as metas nelas estabelecidas, pois sem as pessoas as atividades e/ou os serviços não seriam plenamente desenvolvidos. Esse capital humano é o grande responsável pela eficácia nas ações dessas instituições, por isso, um dos maiores desafios de cada organização é a capacidade de estimular a motivação nos profissionais de seus quadros (DIAS, 2012).

Particularmente no atual contexto dos serviços de saúde é de suma importância que as organizações promovam a motivação nos enfermeiros que nelas atuam de forma a permitir que os mesmos se sintam confiantes e responsáveis nos processos de trabalho,

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

para que desenvolvam suas funções em consonância com os objetivos propostos. Oportuno se faz ressaltar que cada pessoa é um ser único e, como tal, possui impulsos motivacionais diferentes dos demais, tendo intrínsecos a si diferentes níveis de motivação, suscetíveis de variar ao longo do tempo face às vicissitudes que atravessa na vida (CHIAVENATO, 2000 citado por DIAS, 2012).

Com a preocupação de atender à especificidade de cada pessoa integrante da instituição é necessário encontrar motivos comuns capazes de gerar melhor desempenho e satisfação, bem como motivos intrínsecos a cada profissional enquanto pessoa singular que, não entrando em conflito com os objetivos da organização, sejam exeqüíveis e permitam benefícios para os enfermeiros e para a instituição.

A partir de reflexões realizadas acerca desse contexto o tema do presente estudo foi escolhido motivado pelo interesse de conhecer a prática assistencial dos enfermeiros que atuam na atenção básica de saúde. Seu desenvolvimento teve com objetivo estudar os fatores intervenientes, tanto motivacionais quanto de insatisfação, que influenciam a assistência de enfermagem em unidades básicas de saúde. Levou-se em consideração a importância das ações desenvolvidas e a continuidade dos serviços prestados à população, cuja meta é realizar um atendimento de qualidade, observando-se os princípios de resolubilidade, Integralidade, Universalidade e Equidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da observação dos serviços de atenção básica, a impressão que fica é que a meta traçada pelo SUS para os serviços de atenção básica não está sendo plenamente atingida, instigando ao questionamento: Até que ponto os fatores motivacionais e de insatisfação interferem na assistência de enfermagem em unidades básicas de saúde?

Considerando a importância de um atendimento de qualidade para viabilizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças ou agravos, conforme preconiza o Ministério da Saúde no Brasil, entendemos que o estudo dos fatores motivacionais e de

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

insatisfação que interferem na assistência prestada pelos enfermeiros possa apontar soluções para o questionamento acima.

No atual contexto dos serviços de enfermagem têm-se observado um atendimento deficiente na atenção básica, fazendo com que o usuário retorne mais vezes à unidade de saúde por não ter sido bem orientado e acompanhado, gerando assim falhas no processo de assistência de enfermagem oriundas de diversos fatores intervenientes: motivacionais e de insatisfação, observados no ambiente de trabalho. Entende-se que tais fatores interferem na qualidade das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem. A partir de tal pressuposto, se fazem necessários estudos que possam contribuir com o processo de gestão da assistência de enfermagem nas referidas unidades de saúde, a fim de que a assistência possa ser realizada de forma satisfatória.

Sob essa perspectiva, a presente pesquisa permitirá um aprofundamento no conhecimento específico de seu objeto de estudo, tornando-se de relevância para o meio acadêmico. Considerando haver carência na literatura sobre o tema objeto deste estudo, seu desenvolvimento ocorrerá com a expectativa de poder contribuir de alguma forma com o aprendizado de estudantes e profissionais da área de enfermagem, que atuem nos serviços de atenção básica de saúde.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória que foi desenvolvida mediante uma abordagem quantitativa. A amostragem pôde ser calculada mediante o uso de uma fórmula estatística na qual o pesquisador coloca o número total da população da pesquisa, determina a margem de erro e assim define a quantidade adequada a ser pesquisada (ROCHA; KURTZ, 2007). Portanto usou-se uma margem de erro de quinze porcento (15 %) com vias a uma aproximação mais coerente com a realidade, no entanto

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

convém destacar que uma margem de erro ainda maior de vinte porcento (20%) já traria bons resultados uma vez que já foi utilizada com sucesso por pesquisadores no levantamento de informações referentes a estudos ligados à àrea sanitária. (SILVA, 2010; COSTA; MATTOS, 2013)

O número de Unidades Básicas de Saúde a serem visitadas foi definido a partir da fórmula: **n= 3,841 x N x 0,25 / [(0,15)² x (N-1) + 3,841 x 0,25]**

Sendo:

n = número de visitas a serem feitas pelo pesquisador;

3,841 = valor tabelado proveniente do Qui-Quadrado;

0,25 = variância máxima para um desvio padrão 0,5;

0,15= erro (15%) escolhido pelo pesquisador;

N = número total de UBS na Cidade de Patos (zona rural e urbana).

Segundo a Secretaria de Saúde do município de Patos/PB existem 40 unidades básicas de saúde distribuídas em quatro Distritos Geo Administrativos que compreendem a zona urbana e rural. Utilizando-se a fórmula acima citada temos: **n= 3,841 x 40 x 0,25 / [(0,15)² x (40-1) + 3,841 x 0,25]; n= 38,41 / [0.0225 x 39 + 3,841 x 0,25]; n= 38,41 / [0,8775 + 0,96025]; n= 38,41/ 1,83775 ; n= 20,900. Um resultado de aproximadamente 21 unidades.** Então, a partir dessa inferência estatística pode-se afirmar que a pesquisa sendo realizada em 21 unidades básicas de saúde apresentará um cenário bastante aproximado da realidade.

No total foram visitadas 28 unidades básicas de saúde, contemplando os quatro Distritos Geo Administrativos (DGA) da zona urbana do município de Patos/PB, no período de Agosto/Outubro de 2015. Dessas unidades visitadas, 3 enfermeiros não responderam alegando falta de tempo, 1 foi excluído pois a unidade estava sem enfermeiro por motivo de licença, então restaram 24 questionários, dos quais 1 foi excluído por causa do tempo de atuação do enfermeiro na USB ser de apenas de 1 mês, restando portanto 23 questionários.

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

As 23 unidades básicas de saúde localizadas na cidade de Patos/PB que fizeram parte da pesquisa foram as unidades denominadas: Ana Raquel, Aderbal Martins, Bivar Olinto, Doraci Brito, Ernesto Soares, Haydee Medeiros, Horácio Nóbrega, Jardim Queiroz, José de Oliveira Pio, Lauro Queiroz, a UBS Liberdade, a Maria Marques, a Monte Castelo, a Manoel Pereira, Ministro Ernani, a Osman Ayres, a UBS Rita Palmeira, a Roberto Oba, a Rosinha Xavier, a Sebastiana Xaxier, a Verônica Vieira e a UBS Vila Mariana.

A composição da amostra seguiu os respectivos critérios de inclusão: Ter pelo menos 06 (seis) meses de atuação na Unidade Básica de Saúde; Estar efetivamente atuando na unidade por ocasião da coleta de dados; atendendo ainda ao critério de exclusão: mesmo estando efetivamente atuando na unidade a pelo menos 6 meses, não esteja exercendo a função de enfermeiro assistencial.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário previamente elaborado composto por dados sócio-demográficos, na primeira parte, e na segunda os dados referentes ao objeto do estudo. Os dados coletados foram submetidos a análise estatística simples e disponibilizados através de gráficos e/ou tabelas, construídos com auxílio do programa Excell Office 2010 e discutidos à luz das referências revisadas neste estudo.

O desenvolvimento deste estudo observou as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde quanto aos aspectos éticos de estudos já publicados, sob a expectativa de que não haverá constrangimento nem prejuízo para os sujeitos envolvidos na pesquisa, trazendo benefícios tanto para o pesquisador que irá obter resultados que poderão contribuir para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada pelos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, como também trará benefícios para a população por receber uma assistência individualizada e de qualidade (BRASIL, 2012a).

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A Atenção Básica de Saúde ou Atenção Primária constitui-se em porta de entrada para atender à população, pois está inserida dentro da comunidade facilitando ainda mais o acesso à saúde e servindo como um espaço de acompanhamento contínuo que tem como meta a promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde da população.

A Portaria nº 648 do Ministério da Saúde, de 28 de março de 2006, define Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, que atua no âmbito individual e coletivo, objetivando a promoção e proteção da saúde, bem como a prevenção de doenças e agravos, englobando o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Consiste de um processo desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, utilizando assim uma equipe para trabalhar direcionada a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, levando em consideração as especificidades desses territórios (BRASIL, 2007).

No que diz respeito a competências de cada instância governamental, de acordo com a referida portaria compete aos municípios e ao Distrito Federal o cumprimento dos princípios da atenção básica, a organização e execução das ações em seu território. Portanto dentre as competências das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal podem-se citar (BRASIL, 2007):

> a - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União;
>
> b - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

c - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

d - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

e - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

f - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

g - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

h- acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;

i - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e

j - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

Com relação à infra-estrutura e recursos necessários para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) faz-se necessário a inscrição da referida unidade com ou sem Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, conforme as normas sanitárias vigentes. De acordo com essas normas, a equipe multiprofissional é composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista,

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros.

O serviço deve disponibilizar consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem; área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolubilidade da Atenção Básica; garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente (BRASIL, 2007)

Os principais serviços oferecidos à população nas Unidades Básicas de Saúde são atendimentos básicos e gratuitos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia, tais como consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (BRASIL, 2015).

No entanto para a UBS sem saúde da família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, diferentemente para UBS com saúde da família em grandes centros urbanos, recomendando-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica. (BRASIL, 2007)

A Política Nacional de Atenção Básica regulamentada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, revogada pela Portaria nº 24.488 de 21 de Outubro de 2011 avançou no reconhecimento de uma gama maior de modelos de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (ESF), houve a inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais(BRASIL, 2011).

A partir da Portaria nº 24.488 de 21 de Outubro de 2011 a Política Nacional de Atenção Básica passou a articular as ações da atenção básica de forma ampliada com a universalização, Programa Saúde na Escola (PSE) e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de quatro mil pólos da Academia da Saúde até 2014. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar. O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da Atenção Básica e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada (BRASIL, 2011).

Além dos serviços existem programas que estão disponíveis para a população como o Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Rede Cegonha, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (*PMAQ*), Brasil Sorridente, dentre outros.

Torna-se cada vez mais importante investir em qualidade no atendimento da Atenção Primária para que se garantam efetivamente a promoção da saúde e a prevenção de doenças preconizadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de um maior controle das endemias e comorbidades que atingem a população.

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em âmbito da Saúde Coletiva, o enfermeiro atua em diversas áreas conforme previsto na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/86), como na assistência de enfermagem individual, desenvolve ações educativas, atua na vigilância epidemiológica, além das ações relativas ao gerenciamento da equipe de enfermagem e participação com a equipe de saúde no planejamento, coordenação e avaliação das ações de saúde.

As atividades de atenção de caráter individual incluem o acolhimento, visitas domiciliares, consultas de enfermagem nos programas de hipertensão arterial e diabetes (HIPERDIA), saúde da mulher e pré-natal, tabagismo, vacinação, realização de testes do pezinho, coletas de material para o exame citopatológico, realização de exames para prevenção de câncer de mamas, instalação de sondas vesicais, realização de curativos cirúrgicos, instalação de nebulização, aferição de pressão arterial, verificação de glicemia capilar, solicitação de exames, avaliação de exames laboratoriais solicitados pelos médicos (raios-X, ecografia, eletrocardiograma), entrevista de avaliação com casais para procedimento de vasectomia bem como planejamento familiar e distribuição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (NAUDERER; LIMA, 2008)

Para exercer bem as suas funções o enfermeiro precisa estar inserido em um ambiente que lhe proporcione as condições físicas e psicológicas para que ele possa se sentir motivado a realizar uma assistência satisfatória, tornando-se assim uma preocupação das organizações atuais, tendo em vista que a motivação no trabalho pode interferir na qualidade dos serviços prestados. Desta forma, a busca de explicações para a motivação do trabalhador, em relação ao trabalho, tem sido tema amplamente estudado. Porém um aspecto que muitas vezes tem sido esquecido, diante de tamanha complexidade na qual o enfermeiro está inserido dentro do contexto da Saúde Coletiva, diz respeito a

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

como esse profissional se sente psicologicamente com relação ao trabalho a ser desenvolvido, como ele vê o trabalho que desenvolve, como se dá a motivação e como esses aspectos vão interferir na assistência prestada à população.

O termo motivação é derivado do latim *(motivus, movere, mover*), indica um conjunto de razões ou motivos, visando a explicar, induzir, incentivar, estimular ou provocar algum tipo de ação ou comportamento (MAXIMIANO, 2007). No que concerne a sua aplicação, a motivação do ser humano é uma função tipicamente interior a cada pessoa. Funciona como uma força propulsora que tem suas fontes freqüentemente escondidas no interior de cada pessoa. Nela, a satisfação ou insatisfação faz parte integrante de sentimentos experimentados tão somente dentro de cada pessoa. A motivação é, portanto, uma energia interna, que cada indivíduo traz dentro de si. Essa energia brota das necessidades, dos instintos de cada indivíduo, direcionando-o para buscar sonhos e objetivos, de acordo com Bergamini (1991) citada por Silva (2012). Em outros termos, é uma força que se encontra no interior de cada pessoa e que pode estar ligada a um desejo. Assim, uma pessoa não pode jamais motivar outra. A probabilidade de que uma pessoa siga uma orientação de ação desejável está diretamente ligada à força de um desejo.

Maximiano (2007) afirma que o comportamento humano é influenciado internamente e externamente. Os motivos internos são os impulsos interiores, de natureza fisiológica e psicológica, afetados por fatores sociológicos: necessidades, aptidões, interesses e habilidades do indivíduo. Os motivos externos são estímulos ou incentivos que o ambiente oferece ou representam a recompensa a ser alcançada, podendo estar voltados tanto para o trabalho quanto para as condições de trabalho. Todavia devem-se levar em consideração que, além do ambiente influenciar pessoas, elas têm interesses diferentes umas das outras. Conseqüentemente pode-se imaginar que elas não estejam fazendo as mesmas coisas pelas mesmas razões. Cada indivíduo é único, pois, ao

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

longo da vida acumulou experiências que são próprias dele e, a partir delas, é que ele irá perseguir objetivos.

Dias (2012) complementa dizendo que a Motivação intrínseca corresponde à tendência natural de procurar e vencer desafios na tentativa de alcançar metas pessoais, não sendo necessárias recompensas exteriores para a realização da atividade, atuando como força recompensadora em si mesmo e a motivação extrínseca tem por base uma recompensa ou uma tentativa de evitar um castigo.

O comportamento humano é motivado pela busca de objetivos. Entretanto, deve-se levar em consideração que cada indivíduo pensa e age de forma distinta, de acordo com os seus valores, estímulos e necessidades, sendo assim Kondo (1989) referenciado por Souza e Medeiros (2012) afirma que o trabalho não é meramente um esforço que alguém realiza por dinheiro, mas sim uma atividade que produz algo que tem um determinado valor para outras pessoas.

Essa atividade não pode ser motivada; ela é impulsionada por um estímulo interno que faz com que as pessoas utilizem energia em busca de objetivos. Segundo Bergamini (2002, p.05), "o desejo de trabalhar passa a representar uma necessidade de ordem afetiva continuamente alimentada pelo imperativo daqueles valores representados pelo objetivo almejado".

Morin (2001) citando Hackman e Oldhman (1976) afirma que um trabalho tem significado para uma pessoa quando ela o acha importante, que o mesmo tem uma utilidade e legitimidade. Dessa forma o indivíduo desenvolve um sentimento de satisfação pelo simples fato de estar contribuindo para o processo de melhora da qualidade da saúde do outro, tornando assim o exercício da sua profissão útil e eficaz.

A visão de Maslow (1967) evidenciada em Rosa (2008, p. 35) sobre a auto atualização ou individuação é que a mesma pode ser entendida como "um processo de realização de potenciais, capacidades e talento; é um conhecimento mais amplo e uma aceitação da própria natureza intrínseca da pessoa, é uma tendência incessante para a

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

unidade, a integração ou sinergia, dentro da própria pessoa". Sendo assim, o indivíduo que é motivado vê, no trabalho, oportunidade de crescimento e está sempre buscando fazer o melhor, por si mesmo e pela comunidade. A motivação que cada indivíduo tem determinará diretamente o esforço que ele vai despender para executar um trabalho. O trabalho deve, portanto, estabelecer respostas positivas para as necessidades e metas das pessoas.

Percebe-se então que a discussão é ampla, de âmbito intrínseco variando de indivíduo para indivíduo, conforme os impulsos interiores de cada um e em contrapartida é de âmbito extrínseco pois, o meio pode influenciar o indivíduo, interferindo assim diretamente na forma de cada um exercer as funções que lhe são designadas, o que vai influenciar diretamente na qualidade da assistência prestada.

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo modificações ao longo do tempo e uma delas diz respeito à busca da melhoria no atendimento tanto nos Hospitais quanto na Atenção Básica, uma vez que a população vinha sendo diretamente afetada e demonstrava certa insatisfação com os atendimentos.

Diante desse contexto a humanização entrou em evidência e a partir de 2001, pela primeira vez, aparece no nome de um Programa: Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH). O PNHAH foi instituído sob a expectativa de melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, através de ações que davam ênfase à melhora da assistência, focando principalmente as relações entre usuários e profissionais da área da saúde (BRASIL, 2003).

Para Simões et al. (2007) a necessidade de mudanças no atendimento do SUS levou o Ministério da Saúde a criar a política Nacional de Humanização (PNH) ou Política

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

de Humanização na Atenção da Gestão em Saúde no SUS (HumanizaSUS) em 2003, fazendo com que a Humanização passe a ser definida como uma política, e não mais como programa, norteando princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS.

Diante de alguns problemas enfrentados pela população para de fato ter acesso a um atendimento de saúde de qualidade, tendo em vista muitos direitos terem sido negligenciados, em 2004 iniciou-se a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como Humaniza SUS (SIMÕES et al., 2007)

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde espera consolidar quatro marcas específicas, segundo Simões et al.(2007): redução das filas e tempo de espera; conhecimento por parte dos usuários e dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e garantia de gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

O destaque nesse processo é a Humanização como um conjunto de estratégias capaz de viabilizar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. Para Wernek (2009) citando Brasil (2004a) configura-se como a construção/efetivação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre esses e os usuários no processo de promoção da saúde.

A Política Nacional de Humanização organiza os processos de trabalho em saúde sob forma de arranjo que facilitem o enfrentamento dos problemas e potencializem a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto. Aponta algumas diretrizes a serem colocadas como “utopia”, que estarão sempre em constante processo por serem alcançadas, sempre mais à frente. São elas: o Acolhimento, a Clínica Ampliada, a Cogestão, a Produção de Redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde (BRASIL, 2010).

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Nesse sentido a Unidade Básica de Saúde (USB) tem a responsabilidade de acolher a demanda espontânea que ocorre de forma diferenciada no atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, pois a atenção básica trabalha com uma equipe e conta com o conhecimento prévio da população tendo em vista possuir registro em prontuário anterior à queixa atual, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde gerando o acompanhamento e o estabelecimento de vínculo, dando continuidade do cuidado e não apenas um atendimento pontual (BRASIL, 2012b).

Para Roncato, Roxo e Benites (2012), o acolhimento é entendido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, sendo importante para operacionalizar a acessibilidade da clientela, muito embora a Estratégia de Saúde da Família (ESF) seja carente de meios que priorizem os atendimentos dos pacientes com maior risco.

De acordo com Aranha, Silva e Silva (2011) o acolhimento consiste na abertura dos serviços para a demanda e a consequente responsabilização por todos os problemas de saúde de determinada região na qual a unidade de saúde está inserida, levando-se em consideração que a atenção básica representa porta de entrada para a comunidade aos serviços de saúde se torna essencial proporcionar atendimento acolhedor com o objetivo de diminuir as desigualdades e promover cuidado integral ao usuário do serviço.

Werneck (2009) mencionando Souza et al. (2008) ressalta ainda que o acolhimento deve ser visto como um potente dispositivo para atender a exigência de acesso, favorecer o vínculo entre equipe e população, desencadeando um cuidado integral. Seus estudos confirmaram a importância do acesso e do acolhimento como dispositivos estratégicos para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde. Além disso, configuraram-se em elementos centrais de melhoria da qualidade da atenção à saúde, sobretudo no contexto atual de sua expansão e reestruturação.

Os princípios do SUS devem ser respeitados quando se trata do acolhimento à demanda espontânea, porém o que ocorre no cotidiano é o fato da demanda comparecer à unidade de saúde simultaneamente fazendo-se necessário uma avaliação do estado real

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

de saúde (BRASIL, 2012b). Essa avaliação se dá de forma a organizar o serviço e é denominada Classificação de Risco, tornando-se uma ferramenta que favorece o atendimento humanizado, uma vez que distribui por cores os níveis de complexidade de atendimento.

Com a classificação dos diferentes níveis de risco as situações de maior urgência são identificadas e com isso realizam-se as devidas priorizações, bem como se estimao tempo para que haja o atendimento, sendo portanto necessário um trabalho em equipe, a começar na recepção da unidade, através de um atendente ou de um porteiro que possam identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso (BRASIL, 2012b).

O cuidado à demanda espontânea na Atenção Básica deve estar baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, juntamente com a gestão local reflexiva e as boas práticas de atenção, garantindo assim um atendimento humanizado e que propicie a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e a comunidade (BRASIL, 2012b).

Um dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde é o atendimento às gestantes quando da realização das consultas de pré-natal, momento em que as mulheres necessitam de uma maior atenção tendo em vista o contexto que estão vivenciando as tornarem ainda mais sensíveis e com uma necessidade de um apoio maior, momento em que o cuidado humanizado deve ser colocado em prática.

A humanização do cuidado no pré-natal é caracterizada pelos profissionais, de acordo com Zampieri e Erdmann (2010), como sendo um cuidado direcionado à mulher na sua integralidade, multidimensionalidade, unicidade, no âmbito individual e coletivo, em todas as faixas etárias e contextos, com o intuito de promover a saúde nos diversos níveis de complexidade, de prevenir, diagnosticar doenças e agravos e recuperar a saúde do indivíduo e dos grupos.

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Pensando na integralidade, segundo a fala de Amoreira profissional da UBS que participou do estudo de ZampierieErdmann (2010), o profissional que prioriza a humanização no cuidado tem um olhar ampliado e deve estar atento à integralidade do ser. Vê a mulher como um todo, não apenas as questões fisiológicas ou biológicas, mas coloca seu foco de atenção na relação com familiares, trabalho e aspectos externos.

Para Zampieri e Erdmann(2010) o olhar humanizado, entendido pelos profissionais como acolhimento, consiste em um olhar diferenciado mantendo-se uma postura acolhedora e respeitosa e oferecendo uma escuta qualificada às expectativas e necessidades da usuária, considerando que esse comportamento pode ser um estímulo para adesão ao serviço, significando para os profissionais prestar um atendimento resolutivo, personalizado e com agilidade conforme se observa na fala de (Palmeira, profissional da UBS): [...]humanização no cuidar é acolher, é dar a melhor resolutividade possível. Um atendimento que ela se sinta segura, satisfeita e possa resolver as questões que procura na unidade básica. Uma escuta qualificada. E na fala de Figueira (profissional da UBS): [...] leva a comunidade a sentir que o posto está de portas abertas a qualquer hora para ela.

Falando especificamente sobre o pré-natal, a humanização no cuidado foi caracterizada pelos profissionais como um cuidado que presta uma atenção diferenciada e gera uma mudança de atitude do profissional e não apenas um cuidado que está sendo prestado voltado para rotinas e procedimentos (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010), o que pode ser observado nas falas das gestantes que por sua vez valorizaram essa nova forma de agir dos profissionais:[...] tem ótimos profissionais, mas tem aqueles que não gostam do que fazem. Não tratam a pessoa individualmente, atendem como se fosse mais uma. O caráter do profissional, a sensibilidade, a atitude dele é importante (Girassol, gestante da UBS).

Na visão de uma profissional entrevistada (Palmeira, profissional da UBS) a humanização trata-se da postura atenciosa e ética do profissional para com a gestante,

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

independente de ambiente e equipe humanizados, visíveis através de pequenos gestos como ouvir, chamar pelo nome, dar voz, valorizar e informar o outro:[...] eu diria que é o fiel de balança. Não tem como você ensinar. É isso que vai personalizar cada profissional. Eu não sei se teria receita ou treinamento, porque isso vem da concepção de mundo, do seu papel enquanto profissional e ser humano. São valores, questões éticas de cada um.

Para algumas gestantes que participaram do estudo Zampieri e Erdmann (2010) humanização no cuidado seria ver não só o atendimento clínico, é mais, exige ver o lado humano, pessoal e social da gestante. [..] é um cuidado mais abrangente. (Dália, gestante do HU); Só medir a barriga, verificar a pressão, escutar o coração e pedir exames não caracterizam um olhar humano (Violeta, gestante do HU). O que comprova que não são especificamente as ações e sim o comportamento do profissional que está prestando o cuidado que faz com que a humanização seja a prioridade nesse desempenho. Neste sentido a humanização no cuidado não se restringe apenas a uma consulta em si, pois a consulta é abstrata e sim no profissional que pode ser humanizado e assim realizará todo o processo de cuidar, pois é uma postura intrínseca a ele, que é exteriorizada em suas ações.

Para a prática de uma Clínica Ampliada é de importância ímpar a criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidade com a equipe local de saúde e com alguns profissionais que lhe sirvam de apoio e de referência técnica, partindo de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorável quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se compromete com o cuidado. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que o procuram ou são por ele procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. (BRASIL, 2010)

Algumas formas de ampliar e favorecer a construção de vínculos seriam: identificar famílias e pessoas que requerem atenção especial, seja no cadastramento das mesmas, no olhar dos agentes comunitários de saúde, nas visitas domiciliares ou em

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

outras atividades na comunidade; considerar especificidades das populações quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários, dentre outras; trabalhar em articulação com outros níveis de atenção/especialidades, policlínicas, hospitais, maternidades, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), urgências, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), apoio diagnóstico, fortalecendo a rede de saúde local; estabelecer parcerias também com outros setores, como escolas, creches, universidades, centros de assistência social e outras instituições/equipamentos sociais da região e organizações do movimento social/comunitário. (BRASIL, 2010)

Com relação à Co-gestão deve-se implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a co-responsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde, bem como viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento juntamente com tomada de decisão (BRASIL, 2008).

Com relação à valorização do trabalho e dos trabalhadores promover ações de incentivo e valorização da jornada integral de trabalho no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente em saúde que qualifique sua ação e inserção na rede SUS, considerando também o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador no ambiente de trabalho (BRASIL, 2008).

No estudo realizado por Oliveira Júnior e Souza (2013), com profissionais que gerenciam Unidades de Saúde da Família em serviços de saúde da Região do Recôncavo Sul do Estado da Bahia, foram identificadas diferentes concepções acerca da Humanização que por sua vez deram nomes às categorias deste estudo, quais sejam: Humanização enquanto atendimento de acordo com a demanda/necessidade; Assistência

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

de acordo com os princípios do SUS; Humanização enquanto acolhimento; e Humanização nas relações com o indivíduo e com a equipe.

A concepção de Humanização para dois dos profissionais entrevistados por Oliveira Júnior e Souza (2013) seria: (...) Agindo como profissional de saúde, na tentativa de humanizar, não só o cliente, mas a equipe que está trabalhando comigo. (E1); ...Eu acho que humanização é muito mais sensibilização (...) tanto para o paciente. A humanização do usuário nos serviços da atenção básica[...] quanto também você ser humanizado em relação às questões internas. (E7).

No entanto outros já interpretam de forma diferente:[...] é uma política com o intuito de promover aqueles princípios que são defendidos pelos SUS! A acessibilidade do usuário, a integralidade, equidade! (E2); Humanização é a gente saber tratar o paciente. [...] é tratar a pessoa de forma igual a que gostaríamos de ser tratado. (E3); [...] é você promover aqueles aspectos do SUS. A integralidade, equidade, bom atendimento [...] (E7).

Oliveira Júnior e Souza (2013) concluem em seu estudo que as idéias apresentadas por cada entrevistado ainda são reduzidas devido à amplitude do conceito de humanização e da abrangência da Política de Humanização vigente no país, que o entendimento de humanização, para os profissionais gerentes, está vinculado de forma a se traduzir em princípios e diretrizes do SUS ou em dispositivos da PNH, sendo portanto uma visão equivocada, segundo eles, já que estes princípios e diretrizes estão intrínsecos ao funcionamento e organização dos serviços do SUS, pois a PNH vem desenvolvendo dispositivos e ferramentas que, ao reafirmarem os princípios do SUS e basearem ações segundo suas diretrizes, propõem mudanças e reorganização de modo a produzir qualidade de vida a todos os sujeitos envolvidos no processo de promoção e produção em saúde.

As mudanças que essas ações podem ocasionar no âmbito da saúde são significativas, porém não ocorrem repentinamente, dependem de um processo que será

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

construído com a participação de todos os que estão envolvidos (profissionais e a população) para que de fato se possa ver na prática alterações que tragam retorno e contribuam para a melhoria da qualidade da saúde prestada no âmbito da Atenção Básica.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As Unidades Básicas de Saúde pesquisadas desenvolvem as ações preconizadas pelo SUS tais como atendimentos básicos e gratuitos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia, dentre eles as consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica conforme demonstra Brasil (2015).

Na cidade de Patos-PB existem 40 Unidades Básicas de Saúde distribuídas em quatro Distritos Geo Administrativos contemplando zona urbana e rural. O presente trabalho teve como amostra 23 enfermeiros correspondendo assim a mais de cinquenta por cento do universo da pesquisa.

Quanto ao perfil sócio demográfico foi observado que a faixa etária predominante é de 32 a 34 anos (35%) resultado esse que se aproxima da faixa etária encontrada em trabalho realizado por Rocha e Zeitoune (2007) que pesquisou 24 enfermeiros do Programa de Saúde da Família em Floriano (PI), no ano de 2006 e obteve 54% dos respondentes na faixa etária acima dos 30 anos, e compara seus resultados com estudo desenvolvido por Machado (2000) na região nordeste, em que 56,76% dos enfermeiros estavam na faixa etária acima dos 30 anos. Quanto ao estado civil 48% dos respondentes declararam-se casados.

O resultado com relação ao gênero foi de 96 % feminino o que pôde ser evidenciado em resultado de pesquisa realizada por Araújo e Oliveira (2009) com 26

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

enfermeiros da Equipe de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV de João Pessoa-PB na qual todos os entrevistados foram do sexo feminino, confirmando-se o que, historicamente, já se tinha constatado na Enfermagem, muito embora o ingresso de indivíduos do sexo masculino nos últimos anos tenha ocorrido, a enfermagem permanece como uma profissão eminentemente feminina.

No que concerne ao tempo de formação foi obtido a média de 6,73 anos após cálculo da média ponderada entre o número de respondentes e o tempo de formado conforme observado na Tabela1 que se aproxima aos estudos de Rocha e Zeitoune (2007) que observou, em relação ao tempo de graduação, que a concentração de enfermeiros trabalhando no PSF tinha mais de 4 anos de formados (58,3%), destes, 50% formados há mais de 10 anos, percebe-se que é significativa a atuação de enfermeiros com até 4 anos de formados (41,6%), resultado semelhante ao encontrado anteriormente para a região Nordeste com 42,2 %, conforme apresenta Machado (2000).

Tabela 1-Tempo de formação

TEMPO DE FORMADO (TF)	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS	6 ANOS	7 ANOS	8 ANOS	10 ANOS	11 ANOS	15 ANOS	∑
Respondentes (R)	**1**	**4**	**3**	**4**	**5**	**2**	**2**	**1**	**1**	**23**
TFxR	**3**	**16**	**15**	**24**	**35**	**16**	**20**	**11**	**15**	**155**
XP (MÉDIA PONDERADA) = 155/23= 6,73913										

Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

Estudos anteriores como os de Rocha e Zeitoune (2007) que pesquisaram 24 enfermeiros do Programa de Saúde da Família em Floriano (PI), no ano de 2006

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

identificou que 66,6% dos enfermeiros já cursaram especialização, destes 50% em Saúde Pública, índice maior que o encontrado em estudo anterior referente à região Nordeste com 40,2%, Machado (2000). Em contrapartida, demonstrando que cada vez mais os enfermeiros estão procurando capacitar-se no presente trabalho foi observando que 100 % fizeram pós-graduação, porém 31% não especificaram e das especializações realizadas 44% responderam Saúde da Família, o que significa que quase cinquenta por cento tem especialização na área em que está atuando.

Quanto ao tempo de trabalho na UBS o mesmo foi encontrado através da média ponderada entre o número de respondentes e o tempo de trabalho o que resultou em 4, 65 anos em média, conforme apresentado na Tabela 2, assemelhando-se a resultado encontrado na pesquisa de Ximenes Neto et al. (2009) realizada com 36 enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de alguns municípios do Ceará no ano de 2004, obtendo 69,4% dos respondentes com 4 anos de atuação.

Tabela 2-Tempo de Trabalho na USB

Tempo de trabalho na UBS (Tt)	**6 MESES**	**1 ANO**	**3 ANOS**	**4 ANOS**	**5 ANOS**	**6 ANOS**	**7 ANOS**	**10 ANOS**	**∑**
Respondentes (R)	**1**	**2**	**3**	**10**	**2**	**1**	**2**	**2**	**23**
TFxR	**6**	**2**	**9**	**40**	**10**	**6**	**14**	**20**	**107**
Xp (Média Ponderada) = 107/23=4,65									

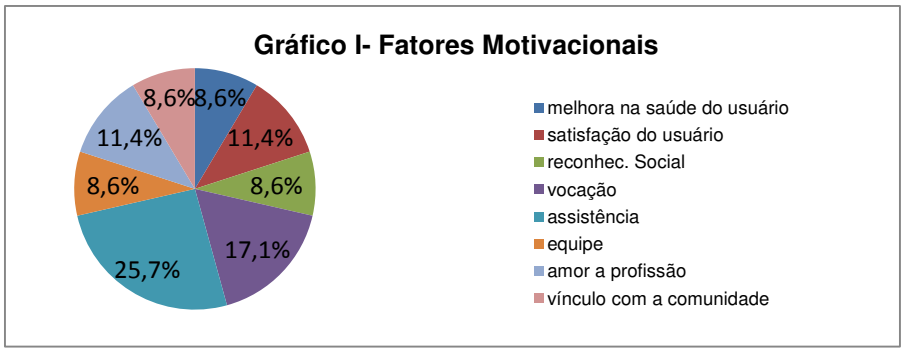
Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

Com relação aos fatores motivacionais, a assistência aos usuários e a vocação foram os fatores que mais se destacaram com 25,7% e 17,1% respectivamente, conforme gráfico abaixo. Neste sentido observa-se que os enfermeiros se sentem motivados a partir do fato do trabalho exercido por eles ser algo útil que vai interferir positivamente na vida

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

de outras pessoas e eles sentem-se gratificados pelo simples fato de desenvolver esta função e por receber como retorno uma palavra de agradecimento como forma de reconhecimento, comprovando na prática o que diz MORIN (2001) citando Hackman e Oldhman (1976) que um trabalho tem sentido para uma pessoa quando ela o acha importante, útil e legítimo. Dessa forma o indivíduo desenvolve um sentimento de satisfação pelo simples fato de estar contribuindo para o processo de melhora qualidade da saúde do outro, dando assim um sentido maior ao exercício da sua profissão.

Outro fator significativo foi a vocação que alguns alegaram que não se vêem fazendo outra coisa na vida e que trabalham na profissão que escolheram. Esses fatores retratam que a motivação interna (intrínseca) do indivíduo está bem presente nas respostas obtidas, muito embora também existam fatores extrínsecos que possam contribuir com a qualidade da assistência.



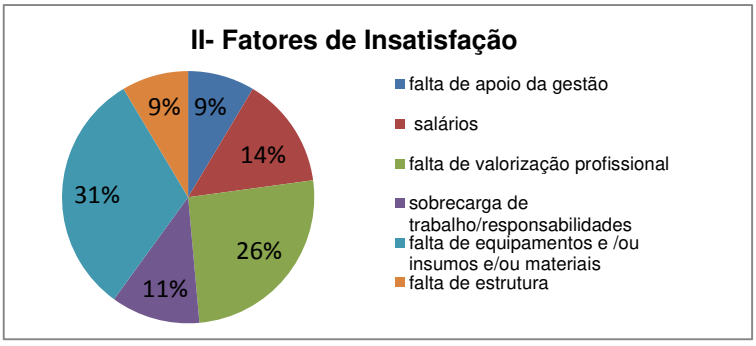
Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

Quando foram perguntados com relação aos fatores de insatisfação no exercício de suas atividades os resultados demonstraram que 31% se referem à falta de equipamentos e/ou insumos e/ou materiais, seguidos pelo fator valorização profissional com 26%, conforme observado no gráfico.

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Esse resultado vai de encontro ao que diz a Portaria Ministerial nº648/2006 no que concerne às competências de cada instância governamental, pois determina que compete às Secretarias Municipais de Saúde garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica; bem como estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes (BRASIL, 2007).

Neste contexto os enfermeiros apontam muitos fatores de insatisfação que fazem com que não se sintam bem no ambiente de trabalho bem como exercendo as suas funções, não alcançando assim com satisfação os objetivos propostos, ocorrendo assim uma falta de motivação extrínseca que os faz ficar desestimulados por vezes.



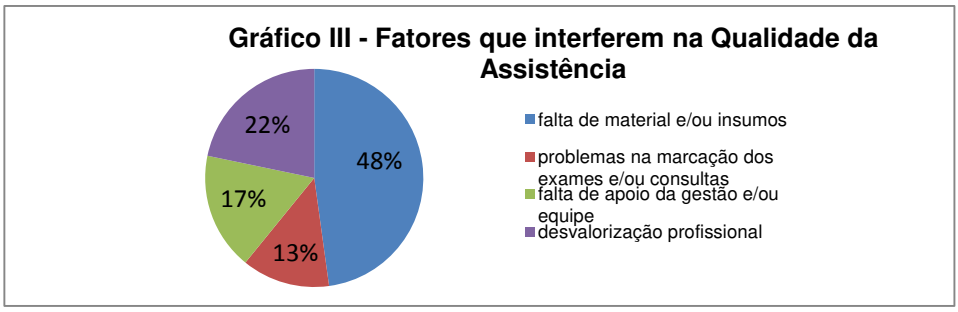
Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

Com relação aos fatores que interferem na qualidade da assistência dos profissionais de enfermagem obteve-se o resultado de praticamente a metade dos respondentes (48%) relatando que a falta de equipamentos e/ou insumos e/ou materiais interfere negativamente para que a assistência seja realizada de forma satisfatória e com

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

qualidade. Outro fator citado foi a Valorização Profissional com 17%, reforçando os dados obtidos na questão anterior, descritos no gráfico a seguir.

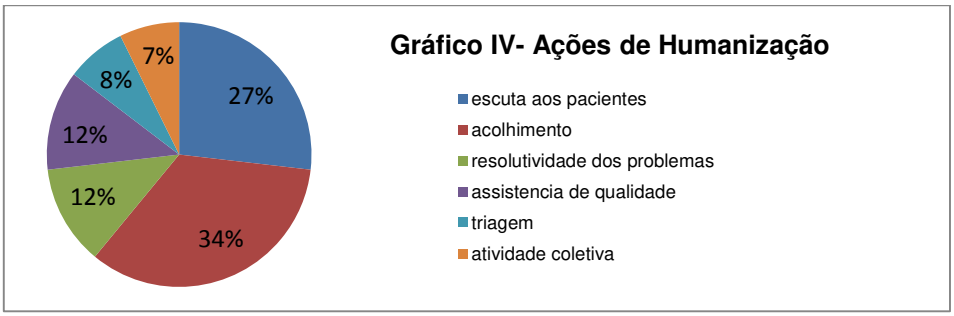
Nesse ponto pode-se perceber que o fator preponderante foi uma motivação de forma extrínseca, ou seja, um fator que se fosse alterado no ambiente de trabalho auxiliaria a realização das atividades dos mesmos e em segundo lugar foi que apareceu o fator intrínseco, corroborando com o que Maximiano (2007) afirma sobre o comportamento humano que o mesmo é influenciado internamente e externamente, sendo os motivos internos os impulsos interiores, de natureza fisiológica e psicológica, afetados por fatores sociológicos tais como necessidades, aptidões, interesses e habilidades do indivíduo. Os motivos externos são estímulos ou incentivos que o ambiente oferece ou representam a recompensa a ser alcançada, podendo estar voltados tanto para o trabalho quanto para as condições de trabalho.



Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

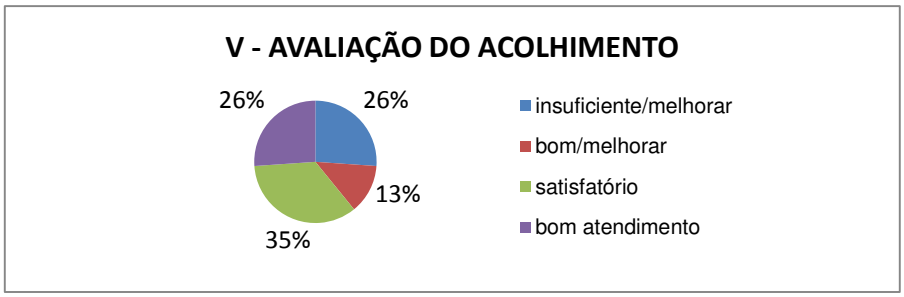
No que diz respeito às ações de humanização realizadas nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas 34% dos enfermeiros relataram que o acolhimento é a ação que mais caracteriza a humanização, seguido pela escuta qualificada ao usuário com 27%. Esses dados estão de acordo com a Política Nacional de Humanização que preconiza dentre os seus objetivos o acolhimento que por sua vez compreende a triagem, a escuta qualificada, bem como o cuidado à demanda espontânea (BRASIL, 2012b).

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015



Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

Quando foi solicitado aos enfermeiros para avaliarem o acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde onde atuam os resultados foram satisfatórios para 35% dos respondentes, 26% sugeriram melhorar pois estão realizando o acolhimento de forma insuficiente para atender às necessidades da comunidade, igualmente 26% consideram que realizam um bom acolhimento e apenas 13% afirmaram que o acolhimento estava bom, mas precisava melhorar. Conforme observado os resultados deram ênfase ao bom e satisfatório acolhimento totalizando 79%. Ressalte-se aqui a importância que o acolhimento tem para favorecer o vínculo entre equipe e população, desencadeando um cuidado integral, segundo Souza et al. (2008) citado por Werneck (2009).



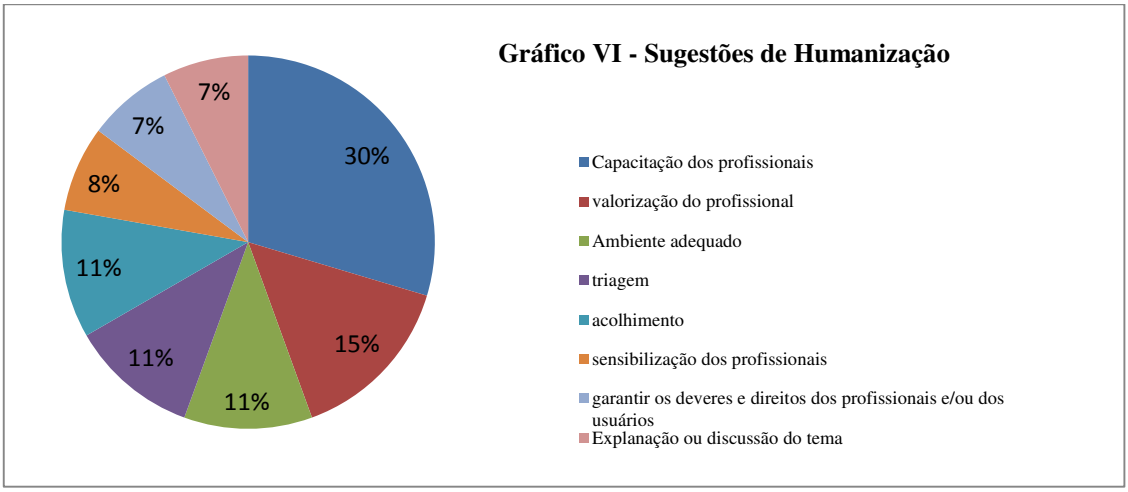
Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Os enfermeiros foram perguntados que sugestões dariam para que efetivamente se realizasse a Humanização na assistência no contexto da Atenção Básica e citaram várias ações, dentre elas a mais citada foi a capacitação dos profissionais (30%), em segundo lugar a valorização profissional (15%), seguidos pelo ambiente adequado, a triagem e o acolhimento, com 11% cada. Para 8% dos respondentes seria a sensibilização dos profissionais e para 7% garantir os direitos e deveres dos profissionais e/ou usuários e explanação ou discussão do tema. Percebe-se que as repostas fazem parte do universo do que seria ideal para a aplicação da Política Nacional de Humanização, pois a mesma aponta algumas diretrizes como o Acolhimento, a Clínica Ampliada, a Co-gestão, a Produção de Redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde, a serem colocadas como algo almejado porém em constante processo por serem alcançadas (BRASIL, 2010).

Os resultados encontrados assemelham-se aos da pesquisa de Oliveira Júnior e Souza (2013) que observaram que as idéias apresentadas por cada entrevistado ainda são reduzidas devido à amplitude do conceito de humanização e da abrangência da Política de Humanização vigente no país, que o entendimento de humanização, para os profissionais gerentes, está vinculado de forma a se traduzir em princípios e diretrizes do SUS ou em dispositivos da PNH.

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015



Fonte: Dados da pesquisa, Patos/PB, 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No entendimento de que cada pessoa é um ser único e se motiva de maneira diferente tanto de forma intrínseca quanto extrínseca se faz necessário uma atenção maior aos profissionais, para que se desenvolvam ações que possam minimizar os fatores de insatisfação alegados na pesquisa com o intuito de trazer benefícios para os profissionais, para a comunidade e para a instituição, garantindo assim um atendimento de qualidade, observando-se os princípios de resolubilidade, Integralidade, Universalidade e Equidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) bem como levando-se em consideração o que diz a Política Nacional de Humanização(PNH) que objetiva ações voltadas tanto para a população no que se refere à uma assistência satisfatória quanto voltado aos aspectos da valorização do trabalho e valorização do profissional de saúde.

Sabe-se que para serem alcançadas as metas propostas pela PNH deve-se passar por um processo de reestruturação da Atenção Básica em todos os âmbitos que a mesma abrange, contando com a participação de todos os atores envolvidos desde os órgãos

reguladores juntamente com a cadeia de profissionais, bem como com o beneficiário final, ou seja, a população, porém deve ser feito um trabalho de conscientização a respeito da importância de se tratar a questão de uma forma mais ampla alcançando os profissionais e os gestores sobre o que seria a essência da humanização, do respeito e valorização do ser humano e das consequências positivas geradas quando se colocam em prática tais ações.

Ultimamente muitos valores têm-se perdido, as pessoas não tem mais tempo e mais consideração umas com as outras, vive-se no imediatismo, na política de tirar vantagens e não medir as consequências dos atos, mas fica o alerta, enquanto a sociedade não se unir em prol de um bem comum, enquanto não parar de olhar pra si mesma como auto-suficiente e não entender que dependemos uns dos outros e é assim que conseguimos avançar, muitas políticas não sairão do papel e têm-se que lamentar por isso. Em um país que se afirma cristão percebe-se um distanciamento considerável do padrão cristão de comportamento preconizado na bíblia sagrada onde o amor e a compaixão devem ser protagonistas, amando o próximo como a si mesmo e a Deus sobre todas as coisas, por isso enquanto a sociedade continuar sendo individualista muitas das estratégias criadas não alcançarão seus objetivos, pois há uma certa ausência de um olhar do humano para o humano, uma certa ausência de um olhar humanizado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos de; OLIVEIRA, Fabíola Moreira Casimiro de. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a SatisfaçãoProfissional**. CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais,**Paraíba,n. 14, p. 03-14, set. 2009.

ARANHA, Joélinton dos Santos; SILVA, MonyqueÉvelyn dos Santos; SILVA, Jorge Luiz Lima da.Acolhimento e humanização: perspectiva do atendimento na Atenção

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

Básica.**promoção da saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.23-24, 2011.Disponível em:<www.uff.br/promocaodasaude/acolhim.pdf>. Acesso em: 29/08/2015.

BRASIL. Rede HUMANIZASUS. **A Política Nacional de Humanização– HumanizaSUS,** 2003. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/4-a-rede-humaniza-sus>. Acesso em: 29/04/15.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html>. Acesso em: 08/05/15.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humanização**: Documento base para gestores do SUS/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2008. 4. ed.- Brasília: editora do Ministério da Saúde.72p. il.: color. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://pt.slideshare.net/vanessazevedo/cartilha-humaniza-sus>. Acesso em: 09/05/15.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**.Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2010. Disponível em:<http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/100381finalohumanizasusnaab.pdf>. Acesso em: 09/05/15

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portal do Departamentode Atenção Básica. Portaria nº 24.488 de 21 de Outubro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php.>. Acesso em: 05/05/15.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 06/05/15.

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II) Ministério da Saúde. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf.> Acesso em: 13/09/15.

_____. PAC Saúde tem 92% dos projetos já concluídos ou em construção. **Portal da Saúde.** 20/04/2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/pac-saude-tem-92-dos-projetos-jaconcluidos-ou-em-construcao>. Acesso em: 05/05/15.

BERGAMINI, Cecília Whitaker. Motivação: uma viagem ao centro do conceito. **Revista Rae**, São Paulo, v.1, n.1, nov/jan. 2002. Disponível em: <http://rae.fgv.br/gv-executivo/vol1-num2-2002/motivacao-viagem-ao-centro-conceito>. Acesso em: 29/08/2015.

COSTA, Danilo Duarte; MATTOS, Arthur. Diagnóstico socioeconômico e ambiental em microbacia hidrográfica localizada em um núcleo de desertificação.**Caminhos de Geografia**, Uberlândia-MG, v. 14, n. 45, 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/view/17421>. Acesso em: 29/10/2015.

DIAS, Maria de Fátima Ferreira Gomes. **A motivação dos enfermeiros em tempo de crise.** Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Faculdade de Economia – FEP, Universidade do Porto, 2012. Disponível em: <sigarra.up.pt/fep/pt/publs_pesquisa.show_publ_file?pct_gdoc_id.>.Acesso em: 07/05/15.

MACHADO MH, organizadora. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Região Nordeste. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2000.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Introdução à administração**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MORIN, Estelle M. Os sentidos do trabalho.**Revista Rae**, São Paulo, v.41, n.3, p.10, jul/set. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n3/ v41n 3a02.pdf>. Acesso em: 30/04/15

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

NAUDERER, Taís Maria; LIMA, Maria Alice da Silva. Práticas de Enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde em Município do sul do Brasil. **Rev. Latino-am Enfermagem.**v.16, n.5,setembro-outubro 2008. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 07/05/15.

OLIVEIRA JÚNIOR, JC de; SOUZA, MKB de. A humanização nos serviços da atenção básica de saúde: concepções de profissionais de saúde.**RevenfermUFPEonline**., Recife, 7(5):4370-7, jun./2013. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/...>. Acesso em: 29/08/2015.

ROCHA, J. S. M.; KURTZ, S. M. J. M. **Manual de Manejo Integrado de Bacias Hidrográficas.** 4. ed. - Santa Maria: Edições UFSM CCR/UFSM, 2007. 302 p.

ROCHA, JesanneBarguil Brasileiro; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, jan./mar. 2007,15(1):46-52.

RONCATO, Zanetti Ballardin; ROXO, Cristiano de Oliveira; BENITES, Daiane Freire. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **AMRIGS,**Rio Grande do Sul, v. 56, n. 4, p.285-366, out./nov. 2012. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-4/1048.pdf>. Acesso em: 13/04/15.

ROSA, J. H. **Trabalho, percepção, expectativas e vivências:** Um estudo a partir de uma instituição bancária pública federal. Pesquisa apresentada para defesa de dissertação à banca examinadora do programa de pós-graduação em Psicologia Educacional como exigência parcial para obtenção do título de Mestre. Osasco/SP: UNIFIEO, 2008. Disponível em: <http://www.unifieo.br/files/download/site/mestradopsicologiaeducacional/Disserta%C3%A7%C3%B5es%20de%20Mestrado%20psicologia/2008/JAIR_2008.pdf>. Acesso em: 20/05/15.

SILVA, Danilo Duarte Costa. **Aplicação e análise de metodologia de deterioração ambiental em micro-bacia do seridó potiguar**. Dissertação de mestrado em Engenharia Sanitária, UFRN, Natal/RN,2010. Disponível em: <repositorio.**ufrn**.br/jspui/bitstream/.../15966/.../**Danilo**DCS_DISSERT.pdf>. Acesso em: 29/10/2015.

Temas em Saúde
Volume 15, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2015

SILVA, Carla Liliane de Melo Fernandes Costa e. **Tipologia do Voluntariado e Rotatividade de Pessoas:**O Caso da Diaconiaem Natal (RN-Brasil). Monografia apresentada como exigência parcial a Conclusão do curso de Especialização em Gestão e Desenvolvimento de Projetos Sociais. UNIFIL-Centro Universitário Filadélfia, Londrina-Pr, 2012.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis, et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 3, n. 16, p.439-444, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a09v16n3.pdf>. Acesso em: 30/04/2015.

SOUZA, Washington José de; MEDEIROS, Jássio Pereira de.Trabalho Voluntário: motivos para sua realização. **Revista de Ciências da Administração**. v.14, n.33, p.93-102, ago. 2012.

WERNECK, Aline de Freitas Velasco. **Implantação do acolhimento na unidade básica de saúde Rita de Cássia Oliveira Eugênio em Caucaia-Ceará.** 2009. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Saúde da Família, Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/aline-de-freitas-velasco-werneck.pdf>Acesso em: 12/04/15.

XIMENES NETO, FRG. et al. Necessidades de qualificação dos enfermeiros da Estratégia saúde da família no Ceará, Brasil. **Enfermería Global.** n.17.out.2009. Disponível em: <revistas.um.es/eglobal/article/download/75191/73121>. Acesso em: 27/10/2015.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, AlacoqueLorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olharpara além das divergências e convergências. **Rev. Bras. SaúdeMatern. Infant**., Recife, 10 (3): 359-367 jul./set., 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000300009&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 31/08/2015.