

SIMONE MARÇAL QUINTINO

**O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE
ROLIM DE MOURA - RONDÔNIA: LIMITES E POSSIBILIDADES.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Diana Lúcia Moura
Pinho

BRASÍLIA - DF

2008

TERMO DE APROVAÇÃO

SIMONE MARÇAL QUINTINO

O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ROLIM DE
MOURA - RONDÔNIA: LIMITES E POSSIBILIDADES.

Natureza: Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) para obtenção do título de Mestre.

Defendida e Aprovada em: 29/02/2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Diana Lúcia Moura Pinho
Orientadora

Prof. Dr. Carlos Alberto Tomaz

Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Queiroz

Prof^ª. Dr^ª. Moema da Silva Borges

BRASÍLIA - DF

2008

Dedico a minha avó que não está mais conosco e aos meus amigos de caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, ser supremo, fonte de força e sabedoria. Agradeço essa existência que me possibilitou ser a cada dia mais humana e persistente em meus objetivos.

A minha família sempre presente com a torcida, carinho, confiança e compreensão com que percebem os passos da minha caminhada existencial e profissional. Especialmente a minha irmã Rose e minha sobrinha Loany.

Com admiração e reconhecimento, agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Diana Lúcia Moura Pinho, pelo apoio em todos esses meses de estudo. Obrigada pelo carinho, compreensão e considerações que tanto me auxiliaram nesse crescimento científico e intelectual.

Aos amigos que me deram apoio, estímulo, encorajamento e que se privaram da minha companhia durante a elaboração desta pesquisa, particularmente Carlaile do Vale, Simone Yokoyama, Aninha Peres, Patrícia Vilas Boas, Edilaine de Oliveira, Viviane Ramires, Jussilaine Lyra, Aroldo Matos, Concebida de Melo, Daniel Thomaz, André Ragnini, Joelson Agustinho e Andréia Gerônimo.

À Jane, minha amiga e irmã de coração, companheira de todas as horas. Sempre presente nos momentos que mais precisei, incentivando e mostrando com suas atitudes e com seu exemplo.

Às amigas Sonia Mara e Adriana Carvalho pela amizade, companheirismo e correção ortográfica deste trabalho.

À amiga Bernadete, que deu o incentivo inicial para a minha inclusão no mestrado.

A toda Equipe do Hospital Público João Amélio da Silva (HMRM) em especial a Ester Cardoso, Irene Cabral e Aparecida Neves pelo carinho com que me receberam. Ao Coordenador Geral Administrativo José Celso Carneiro pelo voto de confiança.

A equipe da Comissão de Humanização pela presteza e gentileza na disponibilização das informações, em especial a coordenadora da comissão Ana Fugi, psicóloga do hospital que com sua figura forte e cativante me fez acreditar ainda mais neste tema.

A Prefeitura Municipal de Rolim de Moura, em especial à Secretária da Fazenda representada pelo Sr. Roberto Fugi, que iniciou o processo de humanização no HMRM no período de sua gestão. Obrigada pela disponibilidade, atenção e profissionalismo de sempre.

A todos trabalhadores da saúde que participaram desta pesquisa.

Aos meus amigos da pós-graduação que compartilharam desta caminhada, pela convivência e crescimento conjunto, em especial ao Olinto Junior, Carla, Suzy, Eliseu, Ieda, Patrícia, Elias, Meika, Berna e Joel.

À Faculdade de Rolim de Moura (FAROL) e a Faculdade de Pimenta Bueno (FAP) pelas inúmeras liberações no período de aulas e elaboração desta pesquisa.

Aos meus alunos, razão da minha carreira universitária, pelo carinho, amizade e compreensão nos momentos de ausência.

A Universidade de Brasília na pessoa do Prof. Dr. Carlos Alberto Tomaz, Coordenador do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, por acreditar em nossa região oferecendo o curso de mestrado e aos professores Dr^a. Maria Clotilde Henrique Tavares, Dr. Hartmut Gunther, Dr. Pedro Sadi Monteiro, Dr. Valdir Filgueiras Pessoa, Dr^a. Wilma Maria Coelho Araújo, Dr^a. Diana Lúcia Moura Pinho e Dr. Carlos Alberto Paraguassú Chaves que não mediram esforços proporcionando-me um aprendizado de excepcional qualidade.

Aos membros da banca examinadora Prof. Dr. Carlos Alberto Tomaz, Prof^a. Dr^a. Elizabeth Queiroz e Prof^a. Dr^a. Moema da Silva Borges pelas suas contribuições ao presente trabalho.

E a todos que de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste estudo.

"Você deve ser a própria mudança que deseja ver no mundo."

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma estratégia de qualificação da atenção e da gestão do trabalho em saúde, que possui como característica intrínseca a humanização das práticas em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde/SUS. Este estudo objetiva analisar a implementação da Humanização no contexto hospitalar, tomando como referência o acolhimento, a ambiência e a democratização da gestão enquanto princípios indutores de novas práticas de gestão e de atenção à saúde da PNH. Trata-se de um estudo descritivo em uma abordagem qualitativa, desenvolvido em um Hospital Público do município de Rolim de Moura, Rondônia, em duas fases. Na primeira fase buscou-se situar a PNH no contexto do município, por meio da análise do documento do Plano Municipal de Saúde. Na segunda fase, objetivou-se identificar as estratégias de humanização implementadas pela instituição, utilizando os recursos da observação, análise de documentos e entrevista, com roteiro semi-estruturado com os trabalhadores da área da saúde da instituição. Participaram do estudo 160 trabalhadores da saúde (médicos (21%), enfermeiros (5%), técnicos de enfermagem (68%) e, outros profissionais (6%) dos 364 que compõem o quadro da instituição e que estão diretamente vinculados ao atendimento do usuário. Os resultados apontam que a instituição implementou as estratégias de integração dos trabalhadores e usuários e, gestão participativa de humanização. Estas estratégias colocam em evidência os princípios, do acolhimento, da ambiência e a democratização da gestão, apontando para um movimento de novas práticas de gestão e de atenção. Entretanto, observa-se o princípio ambiência está mais consolidado e é reconhecido pelos participantes do estudo. Os resultados sugerem que as estratégias: Adote uma Enfermaria; Brinquedoteca; Orientação para acompanhantes e horários de visitas; Festas comemorativas; Mobiliário e Projeto Treinamento dos Trabalhadores são potencializadoras de novas práticas de gestão e de atenção à saúde. Entretanto, pode-se depreender que alguns fatores podem limitar/restringir as novas práticas, como, a comunicação, integração dos setores e engajamento dos trabalhadores. Neste sentido, sugere-se o desenvolvimento de estratégias que caminhe nesta direção como programas de educação permanente aos trabalhadores, criação de canais de comunicação mais eficientes e estabelecimento de mecanismos de acompanhamento e avaliação continuada das estratégias.

Palavras-chave: Humanização dos Serviços. Acolhimento. Atenção à Saúde. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

The Nacional Humanistic Politic (PNH) is a strategy of the attention's qualification of the management healthy work, which has as intrinsic characteristic the humanistic practice in all instances of the Unic Healthy System /SUS. The aim of this work is to analyze the implementation of Humanization in the hospital, taking as reference the acceptance, the environment, and the management democratization as inductors principles of new management practicing and health's attention of PNH. It is about a descriptive study in a qualitative approach, developed in a public hospital in Rolim de Moura - Rondônia in two steps. On the step it aimed to the PNH in the municipal context through the analyze Health Municipal Plan's documentation. The aim of the second step was to identify the strategies of humanization implemented in the institution, using the resources of observation, documentions' analyses and interviews, with semi-structured itinerary with the workers in the healthy area doctors (21%), nurse (5%), nurses assistants (68%) and others professionals (6%), from the 364 from the boarding institution is directed linked to the usage hensyn. The results shows that the institution implemented the implementation strategies of integration of the workers and users and participations humanization. These strategies highlights the principles of the acceptance, the environment and the management democratization, pointing to a movement of management and practicing. However it is observed that the principals of acceptance it is more consolidated and recognized by the participants of the studies. The results suggests that the strategies adopt an infirmary , toy area, companions orientation and visit time, commemoratives parties, furniture, and trainee project are potentially of a Healthy new practicing . However some factors can delimit the new practicing, such as communication, factors integrations and workers linking. It is suggest the development of strategies that follow this direction as permanent educational program to the workers, creation of communication channels more efficient and mechanisms and a continue avalution strategies.

Key Words: Humanistic service,Acceptance, attention. Public Healthy Politics.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1	Quantitativo de trabalhadores da instituição.....	71
Figura 2	Participantes da pesquisa.....	73
Figura 3	Linha do Tempo.....	79
Figura 4	Forma de comunicação entre trabalhadores e usuário.....	94
Figura 5	Percepção dos trabalhadores quanto às instalações físicas.....	95
Figura 6	Percepção do trabalhador quanto à ambiência do hospital.....	98
Figura 7	Percepção dos trabalhadores quanto ao acesso aos serviços.....	101
Figura 8	Percepção quanto à interrelação dos trabalhadores.....	103
Figura 9	Percepção dos trabalhadores quanto à integração no contexto hospitalar.....	104
Figura 10	Participação na potencialização das estratégias de humanização.....	106

LISTAS DE SIGLAS

CAERD	Companhia de Água e Esgoto de Rondônia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DOU	Diário Oficial da União
GM	Gabinete Ministerial
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HMRM	Hospital Municipal de Rolim de Moura
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa Saúde da Família
RM	Rolim de Moura
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SPP	Serviço de Prontuário de Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivos.....	16
1.1.1 Geral.....	16
1.1.2 Específicos.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Humanização.....	17
2.2 A humanização na assistência à saúde.....	21
2.3 A humanização nos hospitais	23
2.3.1 O contexto hospitalar.....	23
2.3.2 O processo de humanização nos hospitais.....	25
2.4 O trabalhador da saúde e a humanização hospitalar.....	26
2.5 Política Nacional de Humanização.....	29
2.6 Evolução histórica da Política Nacional de Humanização.....	32
2.7 Princípios norteadores da Política Nacional de Humanização.....	36
2.7.1 Acolhimento.....	39
2.7.2 Ambiência.....	43
2.7.2.1 Iluminação.....	46
2.7.2.2 A cor.....	46
2.7.2.3 Confortabilidade.....	48
2.7.2.4 Privacidade e individualidade.....	49
2.7.3 Democratização da gestão.....	49
2.7.3.1 Colegiado gestor.....	52
2.7.3.2 Grupo de trabalhadores de humanização (GTH).....	53
2.7.3.3 Valorização dos trabalhadores da saúde.....	54
2.7.3.4 Gestão participativa.....	55
2.7.3.5 Grupos multiplicadores de humanização hospitalar.....	56
2.7.4 Resolutividade.....	57
2.7.5 Responsabilização / vínculo.....	60
3 MÉTODO	63
3.1 Contexto do estudo - o município de Rolim de Moura.....	63
3.1.1 Organização do sistema de saúde do município.....	65
3.2 Local de estudo: O hospital municipal João Amélio da Silva.....	67
3.3 Participantes da pesquisa.....	71
3.4 Aspectos éticos.....	73
3.5 Procedimentos e instrumentos de coletas de dados.....	74
3.6 Análise dos dados.....	75
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
4.1 Plano municipal de saúde e Política Nacional de Humanização.....	76
4.2 A humanização no contexto hospitalar.....	77
4.3 Estratégias de humanização.....	81
4.3.1 Orientação para acompanhantes e horários de visitas.....	81
4.3.2 Orientações gerais aos visitantes.....	81

4.3.3 Programa de Humanização do Parto.....	82
4.3.4 Projeto integração dos trabalhadores.....	83
Concurso de frases.....	83
As festas comemorativas.....	83
Assistência psicossocial e solidária para trabalhador e usuário.....	84
4.3.5 Projeto integração dos usuários / participação (gestão participativa).....	85
Brinquedoteca.....	85
O mobiliário.....	87
Musicoterapia.....	87
Projeto Acolher.....	88
4.3.6 Projeto qualidade do atendimento (participação do usuário).....	89
Adote uma enfermaria.....	91
Projeto treinamento dos trabalhadores.....	91
4.4 As estratégias que estruturam os eixos da gestão e da atenção.....	92
4.5 A percepção dos trabalhadores da saúde.....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS.....	114
APÊNDICE.....	121
Apêndice A: Protocolo de registro de observação.....	121
Apêndice B: Roteiro de entrevista para trabalhadores da saúde.....	124
ANEXO.....	126
Anexo A: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	126
Anexo B: Aprovação no Comitê de Ética.....	127

INTRODUÇÃO

A origem deste estudo baseou-se na minha formação em Administração de Empresas e nas experiências vividas durante a formação profissional, inicialmente como administradora de uma empresa prestadora de serviços no contexto do Hospital Materno Municipal de Cacoal onde tive a possibilidade de uma maior aproximação com os serviços de atenção à saúde pública. Outra experiência relevante que aproximou-me um pouco mais do objeto de estudo, foi como coordenadora de estágio supervisionado de acadêmicos do curso de Administração no Hospital Municipal João Amélio da Silva no município de Rolim de Moura, quando tive a oportunidade de um estreitamento de relações com a equipe, o conhecimento de algumas estratégias de humanização desenvolvidas no hospital a exemplo da Brinquedoteca e Parto Humanizado, além do acompanhamento dos serviços prestados pelos trabalhadores da saúde, despertando assim o meu interesse de aprofundar a temática que permeia a atenção e gestão.

A Política Nacional de Humanização (PNH), como estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho em saúde, lançado pelo Ministério da Saúde em 2003, apresenta como característica ou qualidade fundamental a humanização das práticas em todas as instâncias na área da saúde da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) na direção da consolidação do mesmo como direito universal à saúde com qualidade, co-responsabilizando todos os atores envolvidos.

A humanização requer a implementação de um processo interdisciplinar reflexivo acerca dos princípios e valores que regem a prática de diferentes trabalhadores de saúde em busca de sua dimensão ética. Falar em humanização, no ambiente hospitalar, pressupõe, além de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos trabalhadores ao seu principal alvo de trabalho, o usuário/ser fragilizado, uma nova postura ética e relacional que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalhos institucionais. Logo, humanização significa considerar a essência do ser humano, o respeito à individualidade e às diferenças profissionais, bem como a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde, o qual legitime o aspecto humano de todas as pessoas envolvidas na assistência (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Humanizar, na perspectiva da assistência à Saúde, é ir para além da escuta do usuário, contemplar os trabalhadores de saúde, de forma que tanto um quanto o outro possa fazer parte de uma rede de diálogo. E, através desta rede promover ações, campanhas, programas e políticas, tendo como base, a ética, o respeito, o reconhecimento mútuo e responsabilidade. Para tanto, a articulação entre gestores, trabalhadores e usuários de serviço de saúde ainda enfrentam o desafio de melhorar a qualidade dos serviços aumentando a eficiência, eficácia e efetividade das ações através de uma prática mais humanizadora. Neste enfoque questiona-se o que é uma prática humanizadora?

O ponto chave do trabalho de humanização está em fortalecer o comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, já construído, conhecido e dominado, com um cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Trata-se de um agir inspirado em uma disposição de acolher e de respeitar o outro como um ser autônomo e digno. Para isso, se faz necessário repensar as práticas das instituições de saúde, buscando diferentes formas de atendimento e de trabalho que preservem este posicionamento ético no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais. Como desenvolver competências relacionais?

Ao definir a humanização no contexto hospitalar como expressão da ética, a filosofia institucional necessita convergir para a construção de estratégias que contribuam para a humanização do/no trabalho, mediante o estímulo à participação e à comunicação efetiva, com qualidade em todas as suas dimensões: na relação da administração com os trabalhadores, dos trabalhadores entre si e desses com os usuários, delineando os contornos tanto da atenção quanto da gestão do trabalho em saúde. Neste sentido, faz-se necessário incentivar ações na direção da horizontalidade nas relações, pautada na liberdade de ser, pensar, falar, divergir, propor. É imprescindível reconhecer, ainda, que o exercício da autonomia, ou seja, a relação sujeito-sujeito, não é um valor absoluto, mas um valor que dignifica tanto a pessoa que cuida quanto a que está sob cuidado profissional.

Neste contexto a humanização da assistência à saúde passa a ser um valor para a conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os trabalhadores da saúde. Muitos esforços foram realizados ao longo dos anos, de forma isolada, por algumas instituições que criaram projetos, comissões e grupos para pensar humanização. Buscar a humanização dos hospitais tem sido a meta de

várias instituições e, atualmente, também faz parte das metas governamentais. Para tanto, em junho de 2001, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (Portaria GM n. 881/2001), um primeiro movimento do reconhecimento da necessidade de melhorar a qualidade do atendimento prestado nos hospitais públicos integrantes do Sistema Único de Saúde/SUS, (BRASIL, 2001a). Em 2003, este programa passou a ser Política Nacional de Humanização (PNH) regulamentada pelo Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003.

A PNH tem como eixos centrais a gestão e a atenção à saúde. É uma política indutora de novas práticas de gestão e de atenção à saúde, colocando em evidência o desafio de experimentar novas formas de organização dos serviços de saúde, novos modos de produção e circulação de poder, enfim, induz a reorganização dos processos de trabalho em saúde por meio da articulação dos seus eixos da gestão e da atenção à saúde. Pelo eixo da gestão a política induz a implementação de instâncias colegiadas, horizontalização das linhas de comando, a participação, o trabalho em equipe, a co-responsabilidade envolvendo os gestores, trabalhadores e usuários do serviço. No lado da atenção a saúde busca-se possibilitar a acessibilidade e a integralidade das ações de saúde por meio da construção do vínculo entre os serviços/trabalhadores e os usuários.

A implementação desta política, pela adoção dos seus princípios é uma estratégia para o fortalecimento do SUS e, vem sendo incentivada pelo Ministério da Saúde para que os Estados e Municípios, por meio de suas Secretarias e Conselhos de Saúde adequando-as às necessidades locais. Esta política vem sendo assumida ainda de forma heterogênea nos estados e municípios.

No Estado de Rondônia, em meados de 2001, foi implantado o PNHAH inicialmente em quatro hospitais públicos: no Hospital e Maternidade Municipal Ana Neta no município de Pimenta Bueno, no Hospital Municipal de Ji-Paraná, no Hospital Materno Infantil Cosme e Damião de Porto Velho, e no Hospital Municipal João Amélio da Silva no município de Rolim de Moura. Em função da importância da PNHAH para as transformações das práticas de atenção à saúde nas instituições hospitalares, a implementação deste programa foi desenvolvida em quatro passos, sendo eles: 1) a constituição dos grupos de trabalho de humanização (GTH); 2) a sensibilização da gestão; 3) a realização do diagnóstico situacional

quanto aos serviços humanizados; e 4) a elaboração e implantação do plano operacional de ação de humanização.

É neste contexto que o presente estudo é desenvolvido buscando analisar a implementação da humanização em uma instituição hospitalar municipal do Estado de Rondônia, a fim de apreender os princípios da PNH, identificar os fatores que influenciam o processo, assim como a potencialidade dos projetos/trabalhos desenvolvidos e a percepção dos profissionais da saúde acerca da humanização no hospital. O presente estudo visa ainda trazer subsídios aos gestores para o fortalecimento, a sistematização do acompanhamento e avaliação da implementação da PNH nos serviços de saúde do município e colocar em evidência as estratégias que potencializam a consolidação da PNH no contexto hospitalar.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Analisar a implementação da Humanização no contexto hospitalar, tomando como referência o acolhimento, a ambiência e a democratização da gestão enquanto princípios indutores de novas práticas de gestão e de atenção à saúde da PNH.

1.1.2 Específicos

- Verificar a inserção da PNH no Plano Municipal de Saúde;
- Identificar estratégias indutoras que estruturam os eixos da gestão e da atenção à saúde da PNH;
- Caracterizar as estratégias usadas para a implantação dos princípios do acolhimento, ambiência e democratização da gestão no contexto hospitalar;
- Apreender a percepção dos trabalhadores (profissionais da saúde) acerca da humanização no contexto hospitalar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os elementos considerados importantes e que foram utilizados na construção da argumentação teórica foram divididos em dois momentos. O primeiro, aborda sobre a humanização no contexto geral e no hospitalar e sua relação com o trabalhador da saúde, possibilitando um conhecimento amplo que dará suporte ao entendimento da Política Nacional de Humanização (PNH). O segundo momento apresenta conceitos sobre a PNH, sua trajetória e os princípios que a norteiam para o aprimoramento dos eixos que induzem as novas práticas da gestão e da atenção em saúde, com destaque para os princípios da ambiência, do acolhimento e da democratização da gestão. Esta síntese dos conceitos que orientam a pesquisa permite estabelecer uma relação teórica com o objeto de estudo.

2.1 Humanização

Segundo Venuso (2001, p. 67) “humanizar é adequar, aumentar, organizar o número de atendimentos para que a pessoa doente tenha resolutividade”. Para o autor a aliança terapêutica se instala pela capacidade de entender e acolher afetivamente a demanda do usuário e o ciclo se completa quando o outro tem a capacidade de acatar e desenvolver esse sentimento. A humanização engloba o pensar, o sentir, o dizer, o compartilhar com a pessoa doente.

Para Morita, Marx e Bento (2003, p. 98), “humanizar significa mudar os paradigmas de gestão, possibilitando aos trabalhadores o acesso a uma participação mais efetiva nos processos que envolvem tomadas de decisões, definição de tarefas e construção de projetos concorrentes a sua esfera de ação”. Segundo os autores os hospitais são considerados empresas prestadoras de serviços, cujo trabalho é produto de interações complexas de vários trabalhadores atuantes nesta área, voltadas à saúde e estes trabalhadores têm como principal objetivo de trabalho, a vida e o alívio do sofrimento dos usuários. Por essa ótica, a gestão de pessoas, deverá focar o processo de humanização, voltado ao atendimento das necessidades pessoais e profissionais de seu quadro operacional; para que possa atender satisfatoriamente aos requisitos básicos da assistência qualificada, referentes à competência

técnica e competência para interagir. Weissmann *et. al.* (2006) complementam que o atendimento humanizado é definido como a aplicação adequada dos conhecimentos científicos e habilidades técnicas com reconhecimento e respeito pelo emocional, social e cultural e necessidades individuais dos usuários e suas famílias.

Segundo o PNHAH “humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, inseparáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde” (BRASIL, 2001a, p. 52). Humanizar é aceitar esta necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que trabalhadores e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites (BRASIL, 2001b).

Humanizar para Diniz (2001) é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras expressas pelos sujeitos sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que os sujeitos desenvolvam a capacidade de escuta. Segundo a autora, é pela linguagem que se faz as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Em síntese, sem comunicação, não há humanização. Assim a humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com os semelhantes.

A humanização segundo Mezzomo *et. al.* (2003), tem como objetivo aprimorar as relações humanas em todos os ambientes e níveis. No caso da humanização hospitalar, levará em conta:

- relações médico / usuário;
- trabalhadores da saúde / usuários;
- trabalhadores da saúde / familiares;
- relacionamento entre trabalhadores da saúde.

A atenção e a melhoria nessas relações são condições indispensáveis para haver assistência humanizada no hospital. Qualquer falha prejudica as relações de afabilidade e deixa de ser relação humanizada (MEZZOMO *et. al.*, 2003).

A humanização na assistência à saúde requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos trabalhadores da saúde necessita de uma nova postura que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. Nessa perspectiva, diversos trabalhadores, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estar cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana (MORITA; MARX; BENTO, 2003).

Segundo Smith (1996) o relacionamento de responsabilidade baseia-se no conhecimento recíproco e padronizado. Isso significa que o relacionamento entre trabalhador da saúde e usuário cresce num espaço de tempo em complexidade e é centrado. A atenção do trabalhador deve estar totalmente presente no usuário, aqui e agora. O principal desafio é um cuidado especial, é uma escolha para ser responsável para com o usuário inserido no contexto hospitalar.

O desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios, mas tem como efeito adverso o incremento a desumanização. O preço que se paga pela suposta objetividade da ciência é a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida, no caso do atendimento hospitalar, à mera descrição técnica dos sintomas e da evolução de uma doença, por exemplo. Quando se preenche uma ficha de histórico clínico, não se está escutando a palavra do usuário. As informações são indispensáveis, sem dúvida, mas o lado humano ficou excluído. O ato técnico, por definição, elimina a dignidade ética da palavra, pois esta é necessariamente pessoal, subjetiva e precisa ser reconhecida na palavra do outro (DINIZ, 2001).

Knobel (1998), em abordagem a respeito das Conduitas no Paciente Grave, enuncia que a humanização é um antigo conceito que renasce para valorizar as características do gênero humano. Para que seja verdadeiramente recuperado, é necessária uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos próprios limites a serem transpostos. Relata, ainda, que as especificidades de uma UTI fazem com que os trabalhadores desse serviço atuem de maneira impessoal, e isto necessita de mais atenção.

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), a humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. A política destaca que a humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável. Para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção devem-se levar em conta as seguintes características:

- acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- captação precoce e busca ativa dos usuários;
- disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança do usuário;
- capacitação técnica dos trabalhadores de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas ao usuário e à comunidade;
- disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação do usuário sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;
- disponibilidade de informações e orientação dos usuários, familiar e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
- estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos trabalhadores de saúde, com participação da clientela;
- acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação do usuário;
- análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias.

Para Mota; Martins e Vêras (2006), a rede de humanização em saúde é uma rede de construção permanente de laços de cidadania, de um modo de olhar cada sujeito em sua

especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas.

2.2 A humanização na assistência à saúde

A discussão sobre a humanização da assistência à saúde envolve uma ampla e controversa polissemia. A primeira indagação de senso comum é questionar o que significaria humanizar uma relação, essencialmente humana, que é a produção do cuidado de saúde. Apesar da associação a reflexões e demandas recentes, o tema da humanização já era debatido e tal termo utilizado há mais de 40 anos.

Em seu artigo, Camignotto (1972) comenta que desde os tempos primórdios, a enfermidade era vista com resignação e seu alívio só poderia ser encontrado em templos, onde religiosos se dedicavam a estes moribundos que, na maioria das vezes, eram deixados à própria sorte. No decorrer dos séculos, foram criados os hospitais, que eram vistos como abrigos exclusivos para indigentes, em que a arte de cuidar era praticada sem muitas técnicas e exigências e qualquer pessoa poderia executá-la. No século XX, com a ampliação dos conhecimentos multidisciplinares, os hospitais foram abertos para uma larga parcela da sociedade, tendo uma melhora significativa nos níveis de atendimento prestado aos usuários. A tecnologia racionalizada e a normatização foram medidas essenciais no processo, mas trouxeram consigo a desumanização.

Casate e Correa (2005) revelam a existência de artigos produzidos no âmbito da saúde, especialmente da enfermagem, desde os fins da década de 1950. Os principais sentidos atribuídos à humanização do atendimento, vão desde uma perspectiva caritativa, messiânica de “doar-se ao próximo”, até a integração mais recente, a partir dos anos 90, do discurso dos direitos do cidadão em ter acesso a uma atenção de qualidade, inserindo-se no contexto de um projeto político para a Saúde Pública. Se não é possível denominar com precisão o conceito de humanização, os textos, distribuídos em quatro décadas, têm em comum a reflexão sobre as práticas e modelos de atendimento que poderiam ser considerados “desumanizantes”, sendo os mais apontados: a) as condições precárias de trabalho que levam a falhas, estresse e defesas psíquicas dos trabalhadores por um lado, e a longas esperas, dificuldade de acesso e má acolhida aos usuários, por outro; b) a vertente positivista da racionalidade biomédica que

ignora as necessidades subjetivas, culturais e pessoais dos usuários, conduzindo a um atendimento impessoal, focado na patologia e não na pessoa que sofre, responsável, portanto, por uma violência simbólica; c) ao uso da tecnologia como substitutivo da relação trabalhador-usuário, sendo desvalorizadas a comunicação e empatia entre ambos.

Segundo Deslandes (2005), no campo da medicina, o auge da reflexão sobre a humanização do atendimento aponta para a década de 1970, quando se nota um exercício crítico e autocrítico à racionalidade vigente, à impessoalidade do modelo médico profissional, à falta de informação e de protagonismo dos usuários diante de sua terapêutica, além das possibilidades de iatrogenia da prática clínica (destacando-se aí a obra de Illich). Em 1972, já ocorria em São Francisco (EUA) um simpósio nacional intitulado “Humanizando o Cuidado em Saúde”, derivando uma publicação com a mesma denominação por Howard e Strauss em 1975. Em seu artigo, Deslandes (2005) traz que para o mesmo período, a base de consulta bibliográfica Medline (considerando somente a década de 1970), a partir da chave de consulta “humanização”, registra 37 textos, sendo 28 textos publicados em periódicos de medicina e enfermagem de várias nacionalidades. Sob referências teórico-disciplinares diversas, sociólogos, psicólogos, eticistas, médicos, enfermeiros e arquitetos têm, desde então, debatido a humanização dos cuidados em saúde.

A pesquisa realizada por Boltanski (1979), revela que a humanização estava presente através da comunicação entre o doente e o médico em diferentes regiões da França. O autor discute diferenças do conhecimento médico-científico e do conhecimento médico-familiar e relaciona tais diferenças à relação usuário-médico. Para o autor, a relação usuário-médico é considerada como produtora de ansiedade, principalmente pelas classes populares, porque não possuíam critérios objetivos de avaliação, enfatizando as dificuldades com o padrão comunicacional, especificamente, o médico “não ser franco”.

No Brasil estas reflexões vão ser retomadas de forma mais intensa no final da década de 1980, a partir dos amplos movimentos de redemocratização política, no espírito do movimento sanitário e, especialmente, pelo movimento de mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo médico hegemônico (DESLANDES, 2005).

Conforme Deslandes (2005), estas reflexões, que até então faziam parte de questionamentos internos ao campo da saúde e à prática de seus trabalhadores, serão incorporadas como um conjunto de diretrizes que constituirão o escopo de diversos programas e políticas de saúde no Brasil a partir da década de 1990. Algumas secretarias municipais e estaduais de Saúde seriam precursoras deste processo, que na década seguinte seria ampliado, atingindo uma abrangência nacional. O Ministério da Saúde lançaria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2001, que seria substituído pela Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, em 2004; a Norma de Atenção Humanizada do Recém Nascido de Baixo Peso, em 1999-2000; o Programa Humanização do Parto; Humanização no Pré-Natal e Nascimento, em 2002. Tais programas e políticas são acompanhados da produção de diretrizes técnicas importantes, tais como os manuais: Parto, aborto e puerpério, Assistência humanizada à mulher, de 2001 e Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Mãe Canguru, de 2002, que seria a base de dezenas de cursos para a capacitação de formadores no país.

Para Matsuda; Silva e Tisolini (2003), no cuidado à saúde, em nosso país, a humanização do usuário pode ser percebida na Constituição Federal (BRASIL, 1988) que garante a todos o acesso a assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral. A Carta dos Direitos do Paciente (Fórum Permanente das Patologias Clínicas em 1995) e pela Comissão Conjunta para Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe (NOVAES; PAGANINI, 1992) e, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, proposto pelo Ministério da Saúde em 2001 e enunciado por Campos (2002), são ações que apontam para o modo e o campo de atuação das instituições e dos trabalhadores rumo à humanização.

2.3 A humanização nos hospitais

2.3.1 O contexto hospitalar

Conforme Andrade (2001) as relações nas instituições, e especificamente no hospital, apresentam-se hierárquicas e diversos bens circulam naquele espaço, desde medicamentos a informação, desde discursos a afetos. Como então é possível pensar uma instituição onde prevaleça uma cultura mais democrática? Há instituído aquilo que se reproduz continuamente

no dia a dia, nas práticas no hospital, mas também podem estar presentes as inovações e o instituinte, que, muitas vezes, sutilmente, quebra com o estabelecido e deixa em suspenso um certo devir.

Com base no campo da Sociologia, Carapinheiro (1998) define o hospital como uma organização moderna e complexa, local de ancoragem de processos socio-históricos recentes, constituindo-se como campo fundamental de produção do saber médico e da prática da medicina moderna. O hospital é então, não só uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos, mas simboliza também o poder social da profissão médica, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados.

O hospital mostra-se, de um ponto de vista sociológico segundo Carapinheiro (1998, p. 45) como:

Um lugar de confronto da diversidade da referência cultural dos doentes, face a um modelo cultural reconhecido e legitimado, que inclui um modelo de regulação social do que é viver a doença no hospital, concretizado nas ideologias e nas práticas dos diversos grupos profissionais. Neste modelo a medicina apresenta-se simultaneamente como ideologia social, dada a posição de influência que detém na imposição da versão oficial das idéias sobre saúde e doença, subscritas cientificamente, e como instituição de controle social, considerando as formas que o poder médico assume na definição da condição de doente no hospital.

O fato é que o sistema do atendimento na rede pública de saúde não permite um contato de qualidade entre usuário/serviço, que se sustente apenas no tempo de uma consulta clínica. Este modelo de atendimento, que dá grande ênfase à relação médico/usuário, tem-se caracterizado por um distanciamento, em que muitas vezes o usuário se coloca passivamente frente ao “doutor” que vai dizer, muitas vezes em tom de advertência, como seu cliente deve se comportar frente à sua doença. Essa “passividade” fica mais forte quando se fala à população pertencente às classes subalternas.

Carapinheiro (1998) chama a atenção, citando Stacey M. (1976), para a necessidade de estudos sociológicos que entendam a categoria doente como um ator social e não como mero consumidor. Para ela, a maioria dos estudos que analisam os usuários como participantes ativos no trabalho médico ou que discutem o poder dos doentes, referem-se, fundamentalmente, a situações de doença crônica e à sua especificidade médica e tecnológica. Essa especificidade tem vindo a requerer a participação do usuário como trabalhador na

divisão do trabalho médico e tem restituído aos doentes o poder de participação na tomada de decisões médicas (CARAPINHEIRO, 1998).

2.3.2 O processo de humanização nos hospitais

Segundo Salles (2004), após o primeiro passo para a humanização dos hospitais, marcado pela implantação do PNHAH, lançado pelo governo Fernando Henrique Cardoso, vive-se um outro momento agora, com uma Política Nacional de Humanização (PNH). O objetivo principal das duas iniciativas governamentais foi, em última análise, a humanização dos serviços de saúde.

Martins (2001); Mazzetti (2005) *apud* Mota; Martins e Vêras (2006), dizem que pesquisas realizadas em hospitais mostram que quando se trabalha com humanização a melhora do ambiente hospitalar traz benefícios como a redução do tempo de internação, aumento do bem-estar geral dos usuários e trabalhadores e diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde, e, como consequência, o hospital também reduz seus gastos, trazendo benefícios para todos.

Neste sentido, Goldsmith e Miller (1990) complementam que nos Estados Unidos experiências de atendimento humanizado têm reduzido dramaticamente a frequência de hospitalização dos usuários internados e reduzido a taxa de mortalidade, porém, requer trabalhadores engajados no processo e que realmente cuidem de seus usuários.

Conforme entrevista com um dos colaboradores da PNH, Gilberto Scarazatti, as práticas humanizantes que intervêm diretamente no acolhimento, no vínculo e na resolução das ações dos profissionais e dos serviços são consequências de grupos ideológicos (voluntários, doutores da Alegria, etc.) ou de programas específicos como Hospital Amigo da Criança, Parto Humanizado, Ouvidorias, etc. A PNH precisa vencer minimamente esta barreira: do conceito principista e dos programas e ações segmentadas (CREMESP, 2003 *apud* SALLES, 2004).

Gilberto Scarazatti (CREMESP, 2003 *apud* SALLES, 2004), salienta ainda que, como Política Nacional, a humanização deve ser cumprida por todos os níveis de gestão do SUS, por todas as funções multiprofissionais envolvidas no cuidado; deve ser estendida para o

público e o privado, contemplar os direitos dos usuários, considerar uma política adequada de recursos humanos e conter financiamento específico.

Para Salles (2004), nas instituições de saúde, o desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido, sem dúvida, uma série de benefícios, ainda que não assegure atendimento humanizado. Os usuários, muitas vezes, são tratados como objetos de intervenção. Por outro lado, em muitos hospitais é justamente a falta de condições técnicas, de capacitação, de materiais que torna a qualidade do atendimento desumanizada. Essa falta de condições técnicas e materiais põe em confronto, muitas vezes, os trabalhadores e os usuários, estabelecendo uma relação desrespeitosa, o que piora as condições já existentes.

De acordo com Pires (1998), as inovações tecnológicas usadas na saúde aumentam a produtividade do trabalho. Dessa forma, um trabalhador da saúde hospitalar pode assumir outras atividades e cuidados que antes não podia executar. A autora adverte que o trabalho do pessoal dos hospitais não diminuiu; ao contrário, pode até ter se intensificado.

Os processos potencializadores ou destrutivos da saúde ocorrem simultaneamente, tanto no momento produtivo de trabalho como na vida social. A qualidade de vida dos trabalhadores depende do modo como esse trabalho se organiza e opera, e das estratégias de enfrentamento do grupo nas diferentes dimensões (econômica, política e organizacional), que culminam com a configuração da personalidade e subjetividade que define os interesses, motivações, vulnerabilidade e capacidade de reação dos trabalhadores (SALLES, 2004).

Os trabalhadores da saúde, ao trabalhar em condições inadequadas de recursos humanos e materiais, e precárias condições organizacionais, envolvem-se na organização emergencial do ambiente de trabalho, buscando quotidianamente providências que assegurem o desempenho da sua função. Expõem o usuário, dia a dia, a cuidados envolvidos em risco, e a si mesmo a críticas no desempenho das suas funções. Tal situação tem gerado na equipe sentimentos de frustração e sofrimento com o exercício da profissão (BENERI; SANTOS; LUNARDI, 2001).

2.4 O trabalhador da saúde e a humanização hospitalar

Para Backes; Lunardi e Lunardi Filho (2006) a humanização, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo,

além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos trabalhadores da saúde ao seu principal objeto de trabalho – o usuário/ser fragilizado –, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. Nessa perspectiva, diversos trabalhadores, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estar cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana.

Os aspectos de humanização na assistência podem ser abordados por meio de atitudes focadas nas responsabilidades do trabalhador com os usuários. Para isso, é necessário ao trabalhador da saúde estar totalmente presente, ter a responsabilidade de saber ouvir de forma sensível, entender a perspectiva da pessoa, valorizar os direitos dos usuários, analisar o que fazer de forma correta e como trabalhar para eles. A humanização oferece aos trabalhadores oportunidades de desenvolvimento de uma nova consciência de responsabilidade na atenção à saúde (SMITH, 1996).

Para que os trabalhadores de saúde possam exercer a profissão com honra e dignidade, respeitar o outro e sua condição humana, dentre outros, necessitam manter sua condição humana também respeitada, ou seja, trabalhar em adequadas condições, receber uma remuneração justa e o reconhecimento de suas atividades e iniciativas. (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Logo, fica evidente que os trabalhadores, na maioria das instituições de saúde, estão aquém da reconhecida valorização de si e do seu trabalho. Muitas instituições em nosso país, com os crescentes cortes de verbas públicas, enfrentam dificuldades para manter-se. O quadro profissional limitado, a deficiência de recursos materiais, as condições insalubres de trabalho e as novas e contínuas demandas tecnológicas, com frequência, aumentam a insegurança e favorecem a insatisfação no trabalho. O clima desfavorável tem contribuído progressivamente para relações de desrespeito entre os próprios trabalhadores, bem como para a geração de uma assistência fragmentada e, cada vez mais, desumanizada. Sendo assim, torna-se premente que a filosofia institucional assim como as políticas públicas de humanização estejam, igualmente, voltadas para a vida e a dignidade dos trabalhadores de saúde, quando o que se pretende realmente seja a humanização do cuidado nas instituições de saúde (BENERI; SANTOS; LUNARDI, 2001).

Segundo Hoga (2004), várias são as dimensões envolvidas no planejamento e implantação da assistência humanizada à saúde. Acredita-se que elas sejam interdependentes e mutuamente influenciáveis. Uma destas dimensões é relevar a opinião do conjunto de trabalhadores atuantes na instituição de saúde, independentemente do cargo ou função que ocupam, é importante, pois permite a gestão co-participativa e promove uma boa relação entre os profissionais. Esta estratégia administrativa possibilita a expressão das necessidades peculiares das diferentes categorias profissionais que precisam ser consideradas quando se almeja a execução do trabalho conjunto, de forma harmoniosa. O atendimento desses itens depende da dinâmica administrativa da instituição e do gerenciamento dos diversos serviços existentes nela e das possibilidades oferecidas para efetivar os princípios da humanização na prática assistencial.

Estas idéias trazem subjacente a noção de que a assistência à saúde demanda participação interdisciplinar, pois nenhuma categoria profissional consegue contemplar, por si só, a totalidade humana na vivência do processo saúde-doença. É desnecessário mencionar que tal proposição não comporta atitudes hegemônicas de uma determinada classe profissional sobre as demais ou em relação ao seu conjunto.

A participação de vários trabalhadores na assistência à saúde propicia o envolvimento de todos os componentes da equipe com a assistência e favorece melhor disponibilidade dos trabalhadores diante de seus usuários. Estes, por sua vez, encontrarão maior abertura para expor seus problemas e questionamentos e isto promoverá a qualidade do acolhimento. A humanização do processo de acolhimento depende também da atuação adequada e da receptividade demonstrada por todos os trabalhadores que entram em contato direto ou indireto com os usuários. Inclui os que compõem o serviço de segurança hospitalar, os recepcionistas, telefonistas, entre outros (HOGA, 2004).

Mota; Martins e Vêras (2006) trazem em seu artigo que o contato direto com seres humanos coloca o trabalhador de saúde diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações. Se ele não tomar contato com esses fenômenos, correrá o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa que poderão prejudicá-lo tanto no âmbito profissional quanto no pessoal, como também este trabalhador de saúde, ao entrar em contato com os seres humanos, pode utilizar o distanciamento como mecanismo de defesa.

Muitos trabalhadores de saúde submetem-se, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes: contato freqüente com a dor e o sofrimento e com pacientes terminais, receio de cometer erros, relações com pacientes difíceis. Sendo assim, cuidar de quem cuida é condição suficiente para desenvolver projetos de ações em prol da humanização da assistência (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

Segundo Hoga (2004), a realização das dimensões acima citadas, contribui para a satisfação dos trabalhadores em relação ao trabalho que desenvolvem e, esta é uma condição que também importa, pois ajuda a manter o encantamento deles em relação à própria profissão e ao trabalho que desenvolvem. Este estado emocional contribui para o resgate da subjetividade no serviço de saúde e, para tanto, é imprescindível que haja um modelo de gestão nas instituições de saúde que viabilize o alcance das metas pretendidas. Sobre a qualidade da relação entre trabalhadores e usuários parte-se da premissa de que ela depende da competência do profissional e de sua capacidade para estabelecer relacionamentos interpessoais adequados. Experiências descritas demonstram que várias demandas não atendidas e queixas originárias dos usuários dos serviços poderiam ter sido evitadas, ou ao menos minimizadas, se eles tivessem sido ouvidos, compreendidos, acolhidos, considerados e respeitados.

Pode-se dizer que a humanização na atenção e na gestão do SUS implica, também, fortalecer a capacidade dos indivíduos e das comunidades para que analisem, avaliem e atuem junto àqueles que são os determinantes das suas condições de vida e saúde, que é outro dos campos de atuação da promoção da saúde. Para isso, é preciso informar e apoiar, um papel que o sistema e os serviços de saúde e seus trabalhadores somente desenvolvem se suas relações com os usuários e entre si forem além do uso exclusivo da técnica para a prestação da assistência, pois esta não dá conta do estabelecimento de vínculos que respaldem e apóiem (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004).

2.5 Política Nacional de Humanização

Lançada pelo Ministério da Saúde em 2001 como Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, o referido programa de humanização da atenção e da gestão em saúde passou a ser no governo de Luís Inácio Lula da Silva uma política nacional,

regulamentada pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Foi denominada então de HumanizaSUS, sob a coordenação da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SALLES, 2004).

A humanização atua como uma política, e não mais como um programa, conforme técnicos do Ministério da Saúde, e se fundamenta na troca e construção de saberes, no diálogo entre os trabalhadores, no trabalho em equipe e na consideração das necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores da área de saúde (BRASIL, 2004a).

Segundo Salles (2004), a PNH visa não só a contemplar o atendimento humanizado aos usuários do SUS em todo o país, mas também a pautar as relações entre os trabalhadores da área e seus gestores, muito deteriorados atualmente. Os princípios básicos que nortearam a política são:

- a) valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos;
- b) aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, o que implica mudanças na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho;
- c) valorizar, no atendimento, o vínculo com os usuários, a garantia dos seus direitos e os de seus familiares;
- d) estimular a população a ser protagonista do sistema de saúde, por meio de sua ação de controle social; e
- e) garantir condições para que os trabalhadores atuem de modo digno e participem como co-gestores do sistema, incluindo o fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais.

A implantação da PNH por meio da adoção desses princípios vem ocorrendo de forma bastante heterogênea nos estados e municípios. De forma geral, as propostas contidas nas cartilhas funcionam como ofertas do Ministério da Saúde, para que estados e municípios iniciem a implementação da política adequando-as a suas necessidades locais. Recentemente, o Ministério da Saúde incluiu no *site* do HumanizaSus um espaço para divulgação de projetos, no qual podem ser visualizadas iniciativas realizadas de acordo com as diretrizes da PNH. O Banco de Projetos, intitulado "Boas Práticas de Humanização na Atenção e na Gestão do

Sistema Único de Saúde", tem por objetivo divulgar experiências bem sucedidas, as quais constituem retratos do SUS que dá certo (SANTOS GONÇALVES, 2007).

Estão previstas, ainda, a democratização das gestões em saúde e a unificação dos recursos vinculados a programas de humanização e atenção, além de um sistemático e constante acompanhamento e avaliação interna. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) traçou as seguintes propostas consideradas imprescindíveis para o sucesso da PNH:

- a) propor que os planos estaduais e municipais de saúde contemplem os componentes da PNH (agenda de compromissos);
- b) consolidar e expandir os Grupos ou Comitês de Humanização nas SES (Secretarias Estaduais de Saúde), nas SMS (Secretarias Municipais de Saúde) e nos serviços de saúde;
- c) consolidar e expandir a rede virtual de humanização;
- d) instituir sistemática de acompanhamento e avaliação incluindo indicadores relacionados a PNH, articulados com os processos de avaliação do Ministério da Saúde (Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares, Pactos de Atenção Básica, etc.);
- e) selecionar e apoiar experiências na rede SUS com função multiplicadora;
- f) propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços: sala de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual etc.
- g) articular os programas e projetos do Ministério da Saúde (Hospital Amigo da Criança, Humanização do Parto, etc.) a PNH, com vistas a diminuir a verticalização, o que implica a co-responsabilidade dos gestores estaduais e municipais; e,
- h) propor parâmetros para a implantação da PNH.

O Ministério da Saúde entende Humanização como sendo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; o fomento da autonomia e do protagonismo destes sujeitos; o aumento do grau de responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde e o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004a).

Para Sousa Santos (2005), a filosofia da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS é ampliar os serviços e melhorar a qualidade do atendimento, proporcionando o acesso do usuário a trabalhadores capacitados e aos medicamentos. Esses são objetivos que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Porém a eficiência não basta se esse atendimento não for humanizado. O usuário precisa sentir-se acolhido e não apenas tratado como um número em uma fila impessoal.

A PNH tem por objetivo central qualificar a gestão e a atenção à saúde. É uma política que induz inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de saúde, colocando para os diferentes coletivos/equipes implicados nessas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. A aposta da PNH é a inseparabilidade entre gestão e atenção, entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser considerada como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado (PAULON; ELAHEL, 2006).

2.6 Evolução histórica da Política Nacional de Humanização

Segundo Santos Gonçalves (2007) como projeto de mudança do Sistema Único de Saúde, a humanização teve início em meados dos anos 90 através das iniciativas de um pequeno grupo de sanitaristas no Estado de São Paulo. A visibilidade pública da humanização da saúde no Brasil, porém, só ocorreu a partir de 2000, quando foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH - Portaria GM n. 881/2001).

As políticas públicas de humanização começaram a se consolidar depois da avaliação dos resultados de uma pesquisa com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que revelaram uma repetitiva história de maus tratos sofridos na busca pelos cuidados da saúde nos hospitais desta rede. O Ministério da Saúde (MS) em maio de 2000 apresentou então o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujo objetivo mais amplo é a promoção de uma cultura de atendimento humanizado na área de saúde. Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos trabalhadores de saúde para compreender suas demandas e

suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaços nos hospitais, a falta de medicamentos, etc. (DIAS, 2006).

O PNHAH foi implementado inicialmente como um projeto piloto envolvendo dez unidades hospitalares de diversas regiões do país em 2000, sendo expandido em um segundo momento para 96 hospitais no ano de 2001. A metodologia de implantação da PNHAH previa a multiplicação progressiva do programa para um conjunto cada vez maior de hospitais. Um Comitê Técnico de Humanização foi designado pelo MS e também foram criados grupos de multiplicadores responsáveis pela divulgação da PNHAH nas diversas regiões com o apoio das Secretarias de Saúde, pela capacitação técnica dos representantes das unidades e pelo acompanhamento e supervisão do trabalho realizado nos hospitais (BRASIL, 2001b).

Conforme Dias (2006) como estratégias de suporte e materiais ao PNHAH foi publicada a portaria no Diário Oficial da União, criado o Prêmio anual “Hospital Humanizado”, realizado o Congresso Nacional de Humanização, produzidos vídeos e manuais, realizados *workshops*, criada a Rede Nacional de Humanização na *internet* com uma página eletrônica própria e sites de discussão, além de parcerias com projetos já em desenvolvimento, com a sociedade civil e com o trabalho voluntário organizado.

O público alvo deste programa foram as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os hospitais da rede pública de saúde do Brasil restringindo, portanto a abrangência do programa aos serviços públicos e excluindo os hospitais filantrópicos ou privados conveniados ao SUS.

O tema central do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), do Ministério da Saúde, é o Ser Humano. Mas especificamente, o relacionamento entre as pessoas. O foco essencial é o atendimento ao usuário quando sua saúde está em crise, ou seja, quando o usuário está com algum trauma ou outra situação que exige cuidado especial.

O PNHAH nasceu de uma iniciativa estratégica do Ministério da Saúde em buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre trabalhadores de saúde e usuário, entre os próprios trabalhadores e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do SUS (BRASIL, 2001a).

A partir desta perspectiva de humanização o PNHAH apontava duas grandes áreas como objetos do processo de humanização, o atendimento aos usuários e o trabalho dos profissionais. Dentro destas duas grandes áreas vários parâmetros seriam utilizados para o trabalho de análise e desenvolvimento de ações que norteiam um plano de humanização dentro das instituições. Esta foi a forma encontrada pelo MS no sentido de tentar garantir uma padronização da linguagem sobre humanização utilizadas nos hospitais, na metodologia de implantação e também nos parâmetros para avaliação das mudanças alcançadas com o programa (DIAS, 2006).

O PNHAH oferecia uma orientação global para os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar. Sua principal função era estimular a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação entre esses vários setores de atendimento da instituição de saúde. Espaços onde a regra é a livre expressão, a educação permanente, o diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade.

O desenvolvimento das ações do PNHAH tem como princípios fundamentais o respeito à singularidade dos hospitais e a estreita cooperação entre os diversos agentes que compõem o SUS – o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as instituições hospitalares. Essencial, também, é a integração dos vários programas, já existentes, que têm como foco a humanização. Esta intercomunicação tem sido de extrema importância não só para multiplicar as ações propostas pelo PNHAH, como para consolidar bases próprias de serviço humanizado em cada um dos hospitais.

Para Brasil (2001b), a constituição de Grupos de Trabalho de Humanização nas instituições hospitalares e a formação de uma Rede Nacional de Humanização entre as instituições públicas de saúde são exemplos importantes de espaços de comunicação estimulados pelo PNHAH. Ambos representam instrumentos fundamentais para a consolidação do processo de humanização nos hospitais.

Partindo dessa perspectiva, o PNHAH apontava diferentes parâmetros para a humanização da assistência hospitalar em três grandes áreas (BRASIL, 2001a):

- Acolhimento e atendimento dos usuários.
- Trabalho dos profissionais.

- Lógicas de gestão e gerência.

Esses parâmetros serviram para o trabalho de análise, reflexão e elaboração de ações, campanhas, programas e políticas assistenciais que orientem um plano de humanização dentro de cada instituição, cada município, cada estado ou mesmo em todo o País.

A maior expectativa do PNHAH era de criar uma nova cultura de humanização, uma filosofia organizacional para promover a conjugação cotidiana do verbo humanizar. Isso para que o processo de humanização da assistência hospitalar não seja interrompido com as mudanças de direção, chefia ou governo (BRASIL, 2001a).

Além da complementaridade com os programas que visam a melhoria da infraestrutura das instituições, destaca-se a sintonia do Programa de Humanização com programas de aperfeiçoamento da gestão hospitalar que são fundamentais para que se alcance melhores resultados no atendimento aos usuários, criatividade frente à resolução de dificuldades e otimização de oportunidades, além do fortalecimento do compromisso de toda equipe de trabalhadores com a mudança de cultura de atendimento à saúde nos hospitais. Entre esses programas de aperfeiçoamento da gestão hospitalar, merecem ser citados, em especial, o Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar e os Programas que desenvolvem ações de humanização na área da Saúde da Mulher. São amplas as possibilidades de sinergia e cooperação desses programas ao longo do seu desenvolvimento (BRASIL, 2001b).

O Ministério da Saúde em meados de 2002 publicou os resultados parciais de uma pesquisa feita com todos os hospitais envolvidos na primeira fase do programa, objetivando identificar o grau de satisfação de profissionais e usuários quanto à humanização das condições de trabalho e atendimento hospitalar, avaliação do impacto das ações realizadas no processo de implementação do PNHAH e oferecer subsídios para o planejamento de ações que pudessem sustentar e multiplicar a política de humanização na rede SUS. Os resultados desta pesquisa indicaram que os hospitais pesquisados encontravam-se em processo de transição entre um nível insatisfatório e um patamar tendencialmente satisfatório de humanização das condições de trabalho e atendimento hospitalar, defendeu-se que a estratégia para o avanço da humanização não deveria priorizar nenhum indicador em especial buscando

impactar no conjunto deles e que investir na capacitação dos trabalhadores repercutiria de forma positiva nos resultados (DIAS, 2006).

O Ministério da Saúde em 2004 reformulou e unificou as ações da humanização sob sua coordenação e lançou o HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a). A PNH traz como justificativa para sua implantação o baixo investimento para qualificação dos trabalhadores e a existência de poucos dispositivos que garantissem a co-gestão e a inclusão dos trabalhadores e usuários.

Segundo Sousa Santos (2005, p. 23), a PNH foi construída a partir de amplo debate entre os diversos órgãos do Ministério da Saúde e representantes estaduais e municipais de saúde, e é um conjunto de diretrizes e propostas no campo da humanização na atenção e na gestão da saúde. Uma das premissas desta política é proporcionar atendimento integral ao usuário. “A Humaniza SUS é uma política transversal, pois envolve os diversos programas e áreas do SUS”.

2.7 Princípios norteadores da Política Nacional da Humanização

Conforme documento oficial Brasil (2004) *apud* Falk, *et. al.* (2006, p. 138), a PNH propõe-se, como política transversal, a melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS. Assim, ao atravessar as “diversas ações e instâncias gestoras, implica traduzir os princípios do SUS nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários”.

Os princípios e diretrizes que norteiam a PNH são: a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, pretendendo-se fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão, enfatizando o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, como, índios, ribeirinhos, assentados, etc.; o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, promovendo a transversalidade; o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com

a produção de saúde e de sujeitos; a construção de autonomia e de protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; a co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; o fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras; e o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004b).

O Ministério da Saúde pretende, desta forma, consolidar quatro marcas específicas: a redução das filas e do tempo de espera, ampliando o acesso e o atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; a garantia do direito do usuário à informação e ao acompanhamento de pessoas de sua rede, de livre escolha, e os direitos do código dos usuários do SUS; a responsabilização dos serviços por sua referência territorial; gestão participativa dos seus trabalhadores e usuários e a garantia da educação permanente aos trabalhadores (VASCONCELOS, 2004).

Para obter-se maior resultado e interação entre todos os envolvidos com os cuidados de atenção a saúde, ou seja, gestores, trabalhadores multiprofissionais e usuários, a PNH incorpora o caráter da transversalidade, perpassando todas as ações e instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2004a).

A Humanização não pode ser tida como um programa a ser implementado em um único setor ou sob uma única forma de atuação. A transformação depende da participação global dos atores envolvidos com a saúde. Surge, então, a necessidade da convivência em equipes inter e transdisciplinares e do desenvolvimento da capacidade de formular políticas e chegar a consensos.

A Humanização como política transversal implica em ações que traduzam os princípios do SUS adequadamente aos diferentes modos de prática e sujeitos da rede de saúde; que construam trocas solidárias e sejam comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; que ofereçam um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presentes; que contagem por atitudes e ações humanizadoras a rede SUS, incluindo gestores, trabalhadores de saúde e usuários (BRASIL, 2004a).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população.

Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das linhas de mando, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada comunicação lateral, e democratizando os processos decisórios, com coresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como clínica ampliada, capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos. Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho (BRASIL, 2004b).

Os princípios ambiência, acolhimento, resolutividade, responsabilização e democratização da gestão, concebidos no referencial teórico-político do HumanizaSUS, apontam para marcas e objetivos centrais que deverão permear a atenção e a gestão em saúde. Como exemplos dessas marcas desejadas para os serviços, podem-se destacar: a responsabilização e o vínculo efetivos dos trabalhadores para com o usuário; o seu acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro, reduzindo filas e tempo de espera para atendimento; a garantia dos direitos do código dos usuários do SUS; a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, entre outros (SANTOS-FILHO, 2007). O presente estudo contemplará os princípios da ambiência, do acolhimento e da democratização da gestão considerando a delimitação do campo do estudo - no contexto hospitalar. Os princípios da resolutividade e da responsabilização/vínculo serão abordados no referencial como elementos que também se constituem como princípios da PNH.

Segundo Falk *et. al.* (2006), com relação aos princípios norteadores da PNH, destaca-se a valorização da dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão, o fortalecimento do trabalho em equipe, o apoio à construção de redes cooperativas e solidárias,

a construção de autonomia e protagonismos de sujeitos e coletivos com co-responsabilidade, a participação e o fortalecimento do controle social e a democratização das relações de trabalho. Esses princípios norteadores articulam as estratégias de humanização, e serão explicitados nos tópicos que se seguem.

2.7.1 Acolhimento

Segundo Franco; Bueno e Merhy (1999), o acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma usuário-centrado, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal; 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

É possível estabelecer uma relação entre tais princípios e os eixos que norteiam as novas práticas de gestão e atenção, à medida que eles caminham na direção da melhoria da assistência, por meio da capacitação dos profissionais, a fim de qualificar a relação entre trabalhadores e usuários e, reorganizar o processo de trabalho nos serviços de saúde, visando uma assistência integral, prestada por uma equipe multiprofissional (PINA, 2007).

Os autores Franco, Bueno e Merhy (1999) defendem o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização.

O acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todos os usuários. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Por consequência, o acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito,

diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária (SOLLA, 2005).

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) *apud* Solla (2005) desenvolvendo aspectos conceituais e metodológicos da avaliação da atenção básica em saúde identificam quatro dimensões do acolhimento: 'acesso' - geográfico e organizacional; 'postura' - escuta, atitude trabalhador-usuário e relação intra-equipe; 'técnica' - trabalho em equipe, capacitação dos trabalhadores e aquisição de tecnologias, saberes e práticas; 'reorientação de serviços' - projeto institucional, supervisão e processo de trabalho.

No que se refere à acessibilidade universal, que prevê o sistema de portas abertas aos usuários, é importante observar que a simples porta aberta não garante o acesso. Neste sentido, corrobora Pina (2007) que o acolhimento é entendido como parte do processo de trabalho em saúde, podendo ser praticado em toda situação de atendimento, por todo trabalhador da saúde que esteja apto a captar a necessidade do usuário e tomá-lo como seu objeto de trabalho.

Merhy (1994) *apud* Gomes e Pinheiro (2005), propõe refletir como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. Os autores afirmam que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários. Pina (2007) complementa que o acolhimento também tem sido relacionado com o espaço físico da recepção em unidades de saúde, onde se procede a escuta e o atendimento do usuário. No entanto, o acolhimento não se restringe a esse setor e ao profissional responsável por ele, compondo apenas mais uma atividade no serviço. Ao contrário, compreende-se que ele se estenda até a resolução do problema apresentado, organizando a oferta de serviços de saúde a partir da escuta e avaliação de risco de cada situação, porém sem se restringir apenas a uma triagem.

Neste sentido, complementa Freitas (2007), a atitude de acolhimento estabelece uma postura que ultrapassa o individualismo, pois possibilita compartilhar sentimentos entre pessoas na comunidade hospitalar. Para tanto, requer que o trabalhador da saúde, que está numa posição de constante contato com os sujeitos, seja nas situações de atendimentos individuais ou coletivos, potencialize sua capacidade de se deixar sensibilizar pela demanda

do outro, abrindo-se num movimento constante de reflexão para receber, através da expressão comunicativa, o ponto de vista do outro.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (BRASIL, 2006a).

Para Ferreira (1975), acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Com base nesta definição que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) define o acolhimento como uma diretriz de grande relevância estética, ética e política da Política Nacional de Humanização, preconizada pelo SUS. Estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade. A questão ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida e a política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

A Cartilha da PNH que retrata o acolhimento nas práticas de produção à saúde (BRASIL, 2006a), traz que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou trabalhador específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo, é que o diferencia de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde.

Ainda, a mesma cartilha (BRASIL, 2006a) traz que, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Acolher significa humanizar, no sentido em que o trabalhador da saúde quando acolhe, se dispõe a construir junto com os sujeitos relações respeitadas, gentis, delicadas e amorosas. Esta postura profissional requer lançar mão de gestos e atitudes de empatia, que se traduz num esforço autêntico de compreensão e de valorização, na atenção extrema, delicada e amorosa para com o outro (FREITAS, 2007). E, conforme Rossi e Lima (2005) *apud* Pina (2007) os trabalhadores da saúde devem vivenciar e também receber o acolhimento em seu cotidiano para sentirem-se comprometidos em acolher o usuário.

Franco, Bueno e Merhy (1999) acrescentam que existe ainda o conceito de equipe de acolhimento, composta por profissionais de nível superior, técnicos e auxiliares de enfermagem que utilizam a compreensão e a comunicação, aliadas ao desempenho clínico, para atender a demanda dos usuários promovendo relações de confiança. Todavia, para Pina (2007) as equipes de acolhimento são atuações multiprofissionais importantes para operacionalização das estratégias indutoras das práticas de gestão e atenção à saúde. E, argumenta que embora seja preconizado que todo profissional capacitado possa desempenhar com segurança a estratégia, mas a atuação multiprofissional enriquece sobremaneira o atendimento, porém são necessárias, a comunicação e relações de confiança entre os membros da equipe, onde cada um reconheça a sua contribuição e a do outro, não somadas, mas interligadas em um trabalho coletivo.

O acolhimento ultrapassa o atendimento ao usuário e, a atenção é efetiva quando inclui a presença do acompanhante no processo. Barrera *et. al.* (2007) apresentam em artigo experiências comprovando que a presença do acompanhante diminui o período de internação e infecção hospitalar, possibilitando melhoras tanto em aspectos médicos quanto psicológicos. Entretanto, a instituição hospitalar deve estruturar-se para esta forma de acolhimento.

Uma postura acolhedora implica estar atento às diversidades cultural, racial e étnica e atender às seguintes diretrizes, segundo Brasil (2006a):

- o horário de visitação é aberto, incentivando a presença do acompanhante, garantindo condições dignas de permanência e garantindo os seus direitos;
- incentivo à presença de acompanhante em todos os momentos da assistência à saúde;
- acolhimento como prática diária e constante em todo o processo de funcionamento do serviço;
- participação do usuário no processo de tomada de decisões sobre a propedêutica e terapêutica;
- realização de avaliação de risco, considerando, entre outros, os protocolos técnicos;
- os usuários e/ou familiares são informados quanto à prestação do serviço, riscos inerentes e prognósticos e seus direitos;
- agilidade e adequação no agendamento.

Deste modo, o acolhimento se conformaria numa atitude de afirmação da horizontalidade na prática do trabalhador da saúde, onde o sujeito possa gozar de total autonomia para decidir sobre a sua saúde, compreendendo-se esta prerrogativa como um direito humano fundamental.

2.7.2 Ambiência

A ambiência hospitalar segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a), refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço.

Corroborando Verbist (2006) que a ambiência não se refere apenas aos aspectos físicos do contexto hospitalar, mas também ao preparo e interesse dos trabalhadores da saúde em oferecer ao usuário que recorre ao serviço, um atendimento permeado pela confortabilidade, onde a segurança do usuário, o bem estar e a resolução dos problemas sejam contemplados.

Segundo a Cartilha Ambiência (BRASIL, 2007a), a idéia de ambiência segue primordialmente três eixos:

- o espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho;
- o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem, a dizer cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, e garantindo conforto a trabalhadores, usuário e sua rede social;
- o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Para Corbella (2003) *apud* Martins (2004), uma pessoa está confortável em um ambiente quando se sente em neutralidade em relação a ele. No caso dos edifícios hospitalares, a arquitetura pode ser um instrumento terapêutico se contribuir para o bem-estar físico do usuário com a criação de espaços que, além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humanas.

O espaço se apresenta como instrumento importante em relação à possibilidade de produzir reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho quando entende-se que a construção do meio deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão.

Cunha (2004) comenta que o fato do ser humano possuir facilidade para se adaptar às mais diversas situações ambientais, por isso, em muitos hospitais, o que acontece é uma aceitação dos trabalhadores e usuários às instalações, mesmo não contando com o auxílio destas para o desempenho de suas atividades, o que provoca uma queda na produtividade. Portanto, nos hospitais, onde usuários são, por diversas vezes, atendidos com risco de vida, as equipes trabalham sob tensão, e os fatores ambientais não podem ser mais um motivo de estresse.

O Brasil (2006b) traz que a ambiência é ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente,

a temperatura etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

A ambiência e sua interface com o acolhimento pressupõem a criação de espaços de encontros entre os sujeitos. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores, equipes e, entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, produzido pela introdução de vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores e artes (BRASIL, 2007a).

Para Goldsmith e Miller (1990), um ambiente hospitalar humanizado requer acomodar os usuários de maneira a expandir seu tempo de forma confortável. A idéia é que sejam organizados de diferentes formas, em que o quarto para usuários será estendido para família, conseqüentemente trará mais de uma cama, entre outras mudanças como cozinha e banheiros.

Brasil (2007a) em relação aos princípios norteadores da PNH traz que a ambiência envolve:

- conforto e limpeza;
- nível de ruído;
- privacidade do atendimento;
- sinalização e fluxo de acordo com as características culturais e simbólicas;
- as atividades realizadas pelos estabelecimentos (ação do projeto humanização) são visíveis para os usuários;
- o ambiente favorece a criatividade, a participação e o bem estar das pessoas;
- adequação do ambiente que garanta melhores condições da atenção.

Falk *et. al.* (2006), comentam que a ambiência refere-se ao espaço físico, social, profissional e inter-relacional. Por exemplo, abrange elementos como iluminação, som, cores, privacidade, conforto, formas, espaço, trabalho em equipe, visitas e acompanhantes, informações, sinalização, acesso, respeito à cultura e às diferenças. A seguir, serão apresentados alguns elementos que abrangem a ambiência, como a iluminação, a cor, confortabilidade, privacidade e individualidade.

2.7.2.1 Iluminação

A Cartilha Ambientia (BRASIL, 2007a), traz que a iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante quando se explora os desenhos e as sombras que proporcionam.

Para Martins (2004), a iluminação artificial, indispensável na maioria dos ambientes hospitalares, influencia o equilíbrio fisiológico e psicológico dos usuários. Deve-se evitar o erro habitual de se pensar na iluminação depois da seleção das cores e dos materiais. Dessa forma, é preciso integrar, o mais precocemente possível, a luz no projeto arquitetônico, com a definição da luminância necessária ao ambiente, antes da escolha das cores.

A iluminação artificial pode ser trabalhada em sua disposição, garantindo privacidade aos usuários com focos individuais nas enfermarias, facilitando as atividades dos trabalhadores e também a dos usuários. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que toda pessoa tem direito à noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol – e que isto pode influenciar no seu estado de saúde. (BRASIL, 2007a). E Corbella (2003) *apud* Martins (2004), complementa que a iluminação natural traz benefícios para a saúde, porque dá a sensação psicológica do tempo, tanto cronológico quanto climático, no qual se vive. A luz artificial, necessária à noite e nos dias nublados, deve ser vista sempre como uma complementação e nunca como uma substituição da natural.

Miquelin (1992) *apud* Martins (2004) ressalta os aspectos básicos que devem ser analisados acerca da iluminação: níveis de iluminação de acordo com as exigências do conforto humano; sistemas de iluminação que podem ser direto, indireto ou misto; tipo de fonte de luz; eficiência luminosa; reprodução da cor. No caso dos hospitais, os diferentes tipos de usuários e as diversas atividades requerem estudos específicos para que proporcionem o bem-estar visual.

2.7.2.2 A cor

As cores, segundo a Cartilha da Ambientia (BRASIL, 2007a) podem ser um recurso útil, uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam os sentidos e

podem encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, pode-se compensar sua falta ou minimizar seu excesso.

A cor pode ser entendida como sensações visuais provenientes do reflexo da luz sobre os objetos. As superfícies dos corpos exercem uma ação seletiva em relação aos raios luminosos, absorvendo-os ou refletindo-os. Em última análise, apenas a sensação provocada pela ação da luz sobre a visão, quando se varia a qualidade, a quantidade, a forma e o posicionamento das áreas coloridas, provoca respostas com diferentes intensidades. Cada estímulo visual tem características próprias, possuindo tamanho, proximidade, luz e cor. A percepção visual, portanto, é distinta para cada pessoa (CUNHA, 2004).

O quadro 1 mostra os efeitos psicológicos de algumas cores, segundo Grandjean (1988, p.313) *apud* Cunha (2004, p. 60):

Quadro 1: Efeitos psicológicos de algumas cores

Cor	Efeito de distância	Efeito de temperatura	Disposição psíquica
Azul	Distância	Frio	Tranqüilizante
Verde	Distância	Frio a neutro	Muito tranqüilizante
Vermelho	Próximo	Quente	Muito irritante e intranqüilizante
Laranja	Muito próximo	Muito quente	Estimulante
Amarelo	Próximo	Muito Quente	Estimulante
Marrom	Muito próximo	Neutro	Estimulante
Violeta	Contenção Muito próximo	Muito próximo	Agressivo, intranqüilizante, desestimulante

Fonte: Cunha (2004, p. 60)

Martins (2004) comenta que a luz determina a cor, isto é, qualquer luz natural ou artificial que cai sobre uma superfície colorida afeta sua aparência, já que esta cor não existe por si própria, mas como resultado da excitação do olho. Assim, como o sabor e o cheiro são sensações, a cor também é resultado de uma sensação individual. A sensação térmica

provocada pela cor pode ser utilizada para melhorar as condições higrotérmicas de um ambiente. Para um ambiente seco, cores de conotação úmida, como as verdes mais escuras, são recomendadas, enquanto uma atmosfera úmida será menos desagradável com cores ditas secas, como o vermelho e o alaranjado.

Vasconcelos (2004) em sua dissertação de mestrado cujo tema é “Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior”, retrata que as cores influenciam fortemente o psicológico e o emocional humano. Por exemplo, a cor vermelha estimula o sistema nervoso simpático, aumenta a atividade cerebral, enviando mais sangue para os músculos, acelerando o batimento cardíaco, a pressão arterial e a respiração; já a cor azul, estimula o sistema nervoso parassimpático, causando efeito tranquilizante. Estes efeitos são tão significantes que, em alguns hospitais da Suécia, os usuários são direcionados para os quartos com cores adequadas à natureza de sua doença; conforme o processo de cura avança, eles são transferidos gradualmente para quartos com cores que possuem maior nível de estimulação.

A autora, ainda retrata em sua dissertação, que a percepção da cor é alterada pela idade. Crianças respondem melhor aos contrastes, preto e branco, cores primárias e secundárias, diferentes saturações e sombras. Os idosos, devido ao amarelamento das lentes dos olhos, têm a percepção das cores alterada, não podendo mais distinguir tão bem os tons de azul e verde (MODESTO, 1986 *apud* VASCONCELOS, 2004).

2.7.2.3 Confortabilidade

A concepção de confortabilidade também deve estar atenta para uma outra questão: sabe-se que ao entrar em um ambiente de trabalho em saúde, tanto usuários como trabalhadores, arriscam-se a deixar para fora tudo que é relativo ao seu mundo, perdendo as referências sobre seu cotidiano, sua cultura e seus desejos. Pensar a confortabilidade dentro do conceito de ambiência é também resgatar esse vínculo para junto do processo de produção de saúde, construindo-se um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e suas referências os ambientes de cuidado e atenção à saúde. Nesse sentido, é importante que, ao criar essas ambiências, se conheçam e, respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que está se atuando. Deve-se construir ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-

estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis (BRASIL, 2007a).

Medeiros (2004) considera que elementos como a cor, o cheiro, privacidade, iluminação, temperatura e nível de ruído atuam como modificadores e qualificadores do espaço, favorecendo a criação de ambientes de permanência de trabalhadores, usuários e visitantes, estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde.

2.7.2.4 Privacidade e individualidade

Segundo Brasil (2007a), a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado. Malkin (1992) *apud* Medeiros (2004) complementa que a privacidade pode ser trabalhada com elementos que permitam ou não, o contato dos usuários com outros sugerindo *boxes* individuais ou ainda que possibilitem esse usuário não ser visto do lado de fora do hospital utilizando o controle das janelas.

A individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao paciente espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, entre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade (BRASIL, 2007a).

2.7.3 Democratização da gestão

A gestão e formação no processo de trabalho pretendem contribuir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à efetivação de uma gestão que inclui a participação dos profissionais nas unidades de saúde. Mas especificamente, na consolidação

dos seguintes princípios norteadores na política de humanização: 1) construção de autonomia e capacidade de realização e liderança dos sujeitos e coletivos implicados na rede dos SUS; 2) responsabilidade conjunta desses sujeitos nos processos de gestão e atenção (BRASIL, 2004b).

Barros; Mori e Bastos (2006) comentam que as mudanças no modelo de atenção, portanto, não se fariam sem a efetiva implementação de mudanças no modelo de gestão. Humanizar, segundo o entendimento da PNH, é valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores e inclui valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão.

O enfoque na construção coletiva no processo de gestão engloba a busca por um processo de pactuação coletiva e democrática, de forma a recusar um sistema público de saúde burocratizado e verticalizado que não invista na qualificação dos trabalhadores. O eixo da gestão do trabalho propõe-se à promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo, valorizando os trabalhadores e o saber que constroem no seu cotidiano de trabalho (BARROS; MORI; BASTOS, 2006).

Backes; Lunardi e Lunardi Filho (2006) trazem como pressuposto que a humanização da assistência emergirá com a realização pessoal e profissional dos que a fazem desenvolver um processo de humanização, inicialmente com ênfase no trabalhador, demanda, principalmente, por parte dos dirigentes, acolhimento, escuta e uma atitude de sensibilidade, para compreender a realidade que se apresenta na perspectiva do próprio trabalhador, seja ela favorável ou não. A ênfase na pessoa humana do trabalhador, como uma das mais importantes vantagens competitivas de qualquer instituição, requer dos gestores o estímulo às iniciativas, a proximidade nas relações e a flexibilidade para compreender o ser humano em suas inquietações e perspectivas de vida. O administrador, em seu papel de dirigente, passa a exercer, no contexto da humanização, um papel de estimulador e facilitador, de alguém cuja função é concorrer para desenvolver as pessoas, suas habilidades e competências, possibilitando que sejam capazes de realizar, por si próprias, processos inovadores e, dessa forma, provocar mudanças estruturais e culturais.

O trabalhador da saúde, ao refletir sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, pode inserir-se na realidade, de uma maneira mais crítica e consciente. Problematicar e concretizar a humanização do ambiente, mais especificamente a partir do trabalhador, implica uma reflexão crítica e dialógica acerca dos princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, de modo a assumirem sua condição de sujeitos e agentes de transformação (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Para Selli (2003) *apud* Backes; Lunardi e Lunardi Filho (2006) a humanização, mais do que o cumprimento de uma determinação legal, uma lei, norma e/ou medida, precisa ser e estabelecer continuamente relações horizontais. Os gestores necessitam manifestar interesse pela equipe de trabalho, conhecer seu grau de satisfação e reconhecer os reais motivos de satisfação e insatisfação pessoal e profissional. Assim, para desenvolver a humanização, o trabalhador demanda reconhecimento de suas necessidades e a atenção necessária para desenvolver as habilidades humanitárias.

Para Bettinelli; Waskiewicz; Erdamnn (2004) ser lembrado, ouvido, valorizado e reconhecido pelos gestores representa, para a PNH, um dos fatores mais satisfatórios, em termos de humanização, pois, em suma, humanização é ser reconhecido e ouvido pela administração, ou seja, humanização é a administração estar próxima dos trabalhadores, para conhecer as suas angústias e necessidades. Assim, não importa ser trabalhador na instituição; importa sim, participar efetivamente do seu processo de desenvolvimento, ser reconhecido, ouvido e respeitado, a partir de sua leitura da realidade. Ser ouvido representa, nesse processo, algo que ultrapassa a possibilidade auditiva de cada um. Escutar significa, por parte dos dirigentes, a disponibilidade permanente em ouvir e acolher a expressão de anseios, expectativas e angústias dos trabalhadores. A verdadeira escuta, ou seja, a prática democrática de escutar confere o direito de discordar, de contrapor idéias e de se posicionar como sujeito do processo.

Estabelecer relações humanas próximas entre gestores e trabalhadores significa realizar uma leitura reflexiva da parcela de mundo que tem significação para os trabalhadores. Respeitar a leitura de mundo dos trabalhadores, portanto, pressupõe um diálogo horizontal e uma atitude de humildade crítica, por parte dos dirigentes, o que exprime uma das raras certezas de que ninguém é superior a ninguém, assim como a falta de humildade se expressa na arrogância e na falsa superioridade de uma pessoa sobre a outra, o que representa uma

transgressão da vocação humana do ser mais (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDAMNN, 2004).

Para Brasil (2006b), os estímulos à democratização gestão como eixo norteador para implantação/implementação horizontal da PNH, deve atender as seguintes ações:

- estímulo à gestão participativa: instituição de Colegiados de Gestão (conforme diretrizes), planejamento das diretrizes organizacionais de forma sistemática com os trabalhadores;
- existência de dispositivos, mecanismos e processos de discussão e redefinição dos processos de trabalho, considerando a dimensões de sujeito, de autonomia e de trabalho em equipes;
- existência de mecanismos de participação da comunidade (familiar participante e usuários);
- existência de canais de comunicação de fácil e pronto acesso que permita aos trabalhadores e usuários expressarem suas opiniões;
- existência de um grupo de trabalho de humanização (GTH) interdisciplinar, com ações que envolvam trabalhadores, usuários e gestores;
- existência de mecanismos e processos de educação permanente para os trabalhadores visando competência técnica e humana;
- existência de mecanismos de valorização dos trabalhadores.

Verifica-se que o modelo de gestão proposto é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

2.7.3.1 Colegiado gestor

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b), os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas. Em um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem

executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas.

2.7.3.2 Grupo de trabalho de humanização (GTH)

Para Brasil (2006b), no Documento Base da PNH, o Grupo de Trabalho de Humanização é o espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde.

É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde (nas SES – Secretarias Estaduais de Saúde e nas SMS – Secretarias Municipais de Saúde), tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH, pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e a grupalidade; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida (BRASIL, 2006c).

Segundo Brasil (2006c), o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela PNH para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários.

A proposta do GTH não se restringe apenas aos serviços de prestação direta de assistência à saúde, como hospitais, outras unidades de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF). É também adequado ao âmbito das instâncias gestoras vinculadas ao SUS estadual e municipal (distritos sanitários, secretarias municipais e estaduais de saúde), do Ministério da Saúde e, também, das parcerias entre municípios e cooperações interinstitucionais (entidades formadoras, conselhos profissionais, etc.).

Todos podem participar desses grupos: trabalhadores, técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e usuários, ou seja, todos aqueles que estejam implicados na construção de propostas para promover as ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS. A participação dos gestores nos GTHs mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano de governo (BRASIL, 2006c).

A idéia central do GTH trata-se de instituir uma “parada” e um “movimento” no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos tenham o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão.

A construção de um grupo de trabalho aproxima as pessoas, possibilita a transformação dos vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar as tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as divergências, os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras.

2.7.3.3 Valorização dos trabalhadores da saúde

Como uma estratégia de qualificação da Atenção e Gestão do trabalho, a Humanização almeja o alcance dos usuários e também a valorização dos trabalhadores; seus indicadores devem, portanto, refletir as transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e da produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários). Nessas esferas estão

implicados dispositivos inovadores, complexos, e a avaliação deve espelhar os processos desencadeados em sua implementação, mas cuidando-se para que reflitam o que se supõem como inovações na concepção desses dispositivos. É preciso escapar do risco de apreendê-los em uma perspectiva burocrática de implantação/estruturação e de sua aferição (SANTOS-FILHO, 2007).

Para Brasil (2006d) no processo de trabalho em saúde tem se ressaltado que as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, e também espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços: gestores, trabalhadores e usuários. O trabalho é o que está definido de forma prescritiva para ser executado pelos diferentes trabalhadores, mas também e, principalmente, o que efetivamente se realiza nas situações concretas de trabalho. Inclui, portanto, o esforço que se despence no cotidiano profissional, para o trabalhador dar conta dos acordos e pactos realizados com o gestor e com os companheiros de trabalho, em função das necessidades dos usuários. As prescrições são as regras que definem como o trabalho deve ser realizado.

No entanto, as situações cotidianas, os imprevistos nem sempre são definidos pelas prescrições. Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a pensar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender os diversos contextos específicos. Os trabalhadores costumam adotar um determinado tipo de organização do trabalho: uma forma específica de agir, de se relacionar entre si e com os usuários, e de estabelecer regras específicas na divisão do trabalho e na prestação dos cuidados (SANTOS-FILHO, 2007).

2.7.3.4 Gestão participativa

Para Santos Gonçalves (2007), a PNH propõe, para efetivar uma gestão mais participativa, dois dispositivos. O primeiro está relacionado à organização do espaço coletivo de gestão, para permitir “o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários, quanto dos trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2004b, p. 9). Cita como exemplos dessa organização a celebração de contrato de gestão com variadas instâncias gestoras do sistema, a formação de

colegiados e o incentivo à participação nos conselhos de saúde e conferências. Entretanto, observa-se que essa mediação entre trabalhadores e instituição é normalmente realizada pelos sindicatos das diferentes categorias da área, principalmente quando existe precariedade nas condições de trabalho.

A PNH reconhece os esforços empreendidos em prol da democratização e da descentralização no SUS, através do estabelecimento dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Contudo, considera que “quando se analisa o envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários no dia-a-dia das unidades de atenção do SUS, percebe-se que a participação ainda é muito pequena”. Entre os fatores aos quais pode-se atribuir o baixo índice de participação do usuário está o “excesso de burocracia do sistema de saúde” (SANTOS GONÇALVES, 2007, p. 99).

A implantação de ouvidorias constitui um dos mecanismos indicados pela PNH para contornar as dificuldades de participação do usuário na gestão de organizações de saúde burocratizadas (BRASIL, 2007b).

2.7.3.5 Grupos de multiplicadores de humanização hospitalar

Segundo Brasil (2001a), os Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar serão constituídos, organizados e operacionalizados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com o apoio técnico do Ministério da Saúde. Esse apoio será oferecido regionalmente pelas Equipes Técnicas de Capacitação indicadas pelo Comitê Técnico de Humanização.

Os estados e municípios que compõem cada Grupo de Multiplicação serão representados por um Coordenador de Humanização e um suplente, indicado pela Secretaria de Saúde, responsáveis pelo acompanhamento da implantação do Programa e pela comunicação de necessidades, oportunidades e resultados alcançados em seu estado ou município.

Nestes Grupos de Multiplicadores será feita a capacitação dos trabalhadores indicados pelas secretarias para o desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, dos profissionais indicados pelos hospitais que compõem o Programa

dos Centros Colaboradores, dos hospitais que desenvolvem programas de humanização na área da Saúde da Mulher e dos hospitais-piloto.

Ainda, é responsabilidade dos Grupos de Multiplicadores, em conjunto com as equipes técnicas de capacitação, o acompanhamento e a avaliação da implantação e dos resultados do Programa, atuando como pólo de referência local da Rede Nacional de Humanização e estimulando a criação de vínculos entre todas as instâncias interessadas no programa (BRASIL, 2001a).

2.7.4 Resolutividade

A resolutividade envolve vários aspectos como qualidade do cuidado, satisfação do usuário, tecnologia dos serviços de saúde, sistemas de referência pré-estabelecidos, acessibilidade, formação de recursos humanos, necessidade de saúde da população, aspectos culturais e socioeconômicos. Em função destas características e considerando a delimitação do nosso campo de estudo, o presente estudo não permeia a resolutividade enquanto princípio, pois para sua análise é necessário uma investigação aprofundada quanto à satisfação do usuário e os sistemas de referência e contra-referência, e isto, perpassa o espaço geográfico delimitado.

Atualmente, observa-se uma evolução nos modelos de atenção ao usuário que começam a incluir elementos como a satisfação do usuário e a qualidade de vida como integrantes da proposta de resolutividade do sistema de atendimento.

Um componente importante da resolutividade é a satisfação do usuário, isto é, o nível ou grau de resolução de suas expectativas. De acordo com D'Aguiar (2001), não basta que os atos sejam tecnicamente úteis. Para que se tornem conseqüentes, é necessário que haja um mínimo grau de satisfação dos usuários, sem o que poderá ser interrompido o fluxo natural desse processo, com a lógica perda da utilidade. Segundo o autor, até há pouco tempo, um dos indicadores mais utilizados para avaliação dos serviços e cuidados de saúde era a relação custo/benefício e/ou custo/efetividade, sem levar em conta a satisfação do usuário. Hoje em dia um novo conceito está sendo incorporado, a qualidade de vida determinando uma reviravolta na forma clássica de avaliação dos serviços. A resolutividade está intimamente

ligada à acessibilidade ao serviço de saúde que constitui o fator primordial para a sua utilização ou não.

O modelo assistencial, para ser resolutivo precisa ter serviços de referência e contra-referência, realmente efetivos, sendo imprescindível à comunicação e a interação entre estes serviços, à procura de eliminar as barreiras existentes no encaminhamento e retorno do usuário.

Borges *et.al.* (2004) comungam da afirmação de que resolutividade de um serviço é a garantia de acesso do usuário a todos os níveis de assistência, o que mostra a importância de haver um sistema de referência e contra-referência já estabelecido no sistema de saúde.

Brasil (2004c) propõe um novo sistema de referência entre trabalhadores e usuários contribuindo para tentar resolver ou minimizar a falta de definições de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integridade na atenção a saúde, no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso com qualidade de acolhimento.

Um atendimento resolutivo, segundo Brasil (2006a), inclui as seguintes diretrizes:

- Adoção de mecanismos de monitoramento do tempo de espera;
- adoção de medidas com vistas à redução da fila e tempo de espera;
- o estabelecimento possui condições, métodos, processos e/ou mecanismos para assegurar pronta resposta e tratamento eficaz às demandas dos usuários e dos trabalhadores;
- adoção de medidas para a garantia de continuidade da atenção à saúde: existência de uma rede de referência e contra-referência;
- flexibilização do horário e da agenda para atendimento (atendimento noturno, na hora do almoço, etc.).

A resolutividade pode apontar para uma ou outra direção, conforme for o caráter do serviço. Para um serviço típico de saúde pública, ser resolutivo é conseguir a melhoria dos indicadores epidemiológicos de incidência e prevalência de patologias, bem como a redução e alteração do perfil da morbidade. O novo paradigma da saúde pública, baseada na promoção da saúde, alarga a sua abrangência para além desses indicadores, incorporando outras idéias que extrapolam os limites da morbidade e da doença e sua prevenção. Para os serviços assistenciais, resolutividade seria o atendimento à demanda que aporte espontaneamente à

unidade de saúde, com a produção de atos eficazes e satisfatórios para os usuários (D'AGUIAR, 2001). Considera-se resolutiva uma ação ou um cuidado que consiga suprimir, minorar ou abreviar o período de manifestação dos sintomas; promover a remissão ou a cura do processo mórbido no menor tempo possível; limitar a incapacidade superveniente, na pior das hipóteses, evitando a evolução para o desfecho letal.

Quanto à redução das filas como uma diretriz para um serviço resolutivo, segundo Sousa Santos (2005), é uma meta importante da PNH. Nessa ótica, a prioridade do atendimento se dará de acordo com a urgência do caso, e não por uma ordem cartesiana de chegada. “Queremos estabelecer protocolos de atendimento, que identifiquem que pacientes têm mais necessidade de receber os cuidados médicos”. “O usuário que está na fila precisa de uma resposta rápida sobre quando será atendido” (BENEVIDES, 2004 *apud* SOUSA SANTOS, 2005, p. 23). Para reduzir de fato, a fila num hospital, é necessário melhorar a rede básica e criar protocolos de avaliação de risco de todos que entram. Para isso, tem que existir equipe multiprofissional. E isso altera inteiramente o processo de trabalho. Portanto, atualmente, a humanização é identificada também pela defesa de uma articulação indissociável entre atenção e gestão e de valores como a democratização das relações de trabalho.

Para D' Aguiar (2001) um outro conceito que interfere na resolutividade é a integralidade da atenção. O rumo que a medicina tomou nas últimas décadas tem-na afastado, cada vez mais, deste conceito por ter-se enveredado pela via da especialização cada vez mais estreita no seu campo de atuação, subdividindo o usuário em órgãos e sistemas para poder melhor observá-lo e tratá-lo, não levando em conta o contexto sócio-familiar em que vive. A medicina tornou-se, assim, uma profissão com forte componente técnico, despida do perfil humano que caracterizava a relação médico-usuário. Em sua substituição, apareceu a relação tecnologia médica/patologia, que, por acarretar altos custos, determinou a exclusão de grande maioria da população do acesso a cuidados de saúde.

Segundo o autor supracitado, a integralidade da atenção, além da visão humanizada do usuário, insere-o no seu contexto sócio-familiar, levando em conta os fatores que interferem no seu estado de saúde e os determinantes da patologia ou distúrbio que apresenta. Esta postura permite a integração das vertentes promocional, preventiva e curativa da medicina como áreas complementares, indissociáveis e fundamentais.

2.7.5 Responsabilização / vínculo

Brasil (2007c) traz que um serviço com responsabilização e vínculo, é pautado nas seguintes diretrizes:

- existência de equipe horizontal que sirva de referência e responsabilize-se pela saúde do usuário;
- conhecimento, pelos usuários, dos nomes dos trabalhadores da Equipe Responsável;
- existência de processos, atividades, medidas, etc., que visem prevenir e diminuir os riscos e efeitos das violências, na perspectiva de garantir da integridade física e segurança dos usuários e trabalhadores;
- existência de ação interdisciplinar (comitês de ética, grupos de escuta, etc.);
- Comitê de ética implantado e funcionando.

Segundo Sousa Santos (2005, p. 23), a filosofia da PNH é deixar o usuário o mais próximo possível do sistema de saúde. Segundo a política, todo usuário tem direito de saber quem são os trabalhadores que o atendem. “Esse é o princípio da responsabilização. Cria-se mais vínculo do usuário com o trabalhador de saúde”.

Brasil (2006a), através do Documento Base, define a equipe de referência ou equipe multiprofissional como grupo que se constitui por trabalhadores de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse grupo/equipe). Está inserido, num sentido vertical, em uma matriz organizacional. Em hospitais, por exemplo, o usuário internado tem sua equipe básica de referência e especialistas e outros profissionais organizam uma rede de serviços matriciais de apoio às equipes de referência. Estas, ao invés de serem um espaço episódico de integração horizontal, passam a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde.

A dimensão cuidadora da equipe é constante no seu cotidiano, e a formação do vínculo com os usuários é uma manifestação que deve ser presente. O vínculo entre trabalhador (ou equipe ou instituição) e usuário é interpretado ou expresso de diferentes formas, tanto pelo trabalhador quanto pelo usuário em saúde.

Conforme Teixeira (2006), o atendimento pelo mesmo trabalhador é um fator que alimenta o vínculo, pois o usuário vai ao encontro de um trabalhador que ele já conhece. A base está no olhar de responsabilização do trabalhador pelo cuidado do usuário, o que exige mais que um interrogatório centrado no procedimento. Exige um diálogo que produz momentos de fala e escuta em que o usuário passa a se sentir confiante e reconhece aquele trabalhador como uma referência de cuidado.

Segundo a autora supracitada (2006), o trabalhador de saúde comprometido com o usuário passa a ter um olhar para além do corpo que está à sua frente, palpável, visível ou diagnosticável através do estetoscópio, do exame clínico. O olhar deve se dirigir para a produção de cuidado daquele sujeito. Portanto, o trabalhador que tece o ato de cuidar no seu cotidiano está sempre ampliando suas ações.

Para Merhy (2002) *apud* Teixeira (2006) quando não ocorre a dimensão do cuidado nos serviços de saúde, os usuários reclamam da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários sentem-se inseguros, desinformados, desamparados e desrespeitados.

Os usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser entendido, e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos trabalhadores e dos serviços de saúde.

Campos (1997) *apud* Schimith e Lima (2004), comentam que o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto trabalhadores quanto usuários, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Franco; Bueno e Merhy (1999) afirmam que a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando acontece o acolhimento, responsabilização e vínculo. O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de

acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato.

A construção do vínculo é um aspecto central do trabalho do profissional de referência, uma vez que propicia o alargamento da responsabilização do trabalhador da saúde e pressupõe uma relação de interdependência, co-responsabilidade e compromisso mútuo entre o trabalhador e o usuário, permitindo uma construção compartilhada de percursos institucionais (TOLEDO, 2007).

Para Toledo (2007), ser referência propicia uma maior implicação dos trabalhadores com seu lugar e objeto de trabalho. Será a referência que se responsabilizará por encaminhamentos, cobrar interconsultas, conversar com a família. Essa produção ativa de vínculo propiciada por este dispositivo é central para contribuir para desalienar os trabalhadores de seu objeto de trabalho, criar maior compromisso e responsabilização e potencializar o fato de enxergar o próprio trabalho como produtor de “obras” e permitir uma avaliação freqüente de sua prática.

A noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso (MERHY, 1994). Assim sendo, ela está em consonância com um dos sentidos de integralidade. Afirma o autor: “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do usuário, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal” (MERHY, 1994, p. 138).

Esta definição apresenta interseções com os sentidos atribuídos por Mattos (2001) *apud* Gomes e Pinheiro (2005), que se fazem reconhecidamente inovadores enquanto dispositivos institucionais no cotidiano das práticas estudadas por Pinheiro (2002). Tal definição encontra consonância com o relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e com os documentos do Ministério da Saúde que tratam de vínculo. Pode-se dizer que as diretrizes operacionais do programa orientam para novo tipo de cuidado e direcionam para que haja responsabilização e compromisso no ato do vínculo, e que esse desejo é compartilhado pela sociedade, diz Gomes e Pinheiro (2005).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa se caracterizou por um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa.

3.1 Contexto do estudo - o município de Rolim de Moura

Rolim de Moura é um município do estado do Rondônia, situado na região Centro-Sul, com uma população aproximada de 50 mil habitantes, concentrada nas áreas urbana e rural. O município teve seu início baseado na concentração de migrantes oriundos dos diversos estados do país que vieram à procura de terras. Através do INCRA, iniciou-se no final de dezembro de 1975, o processo oficial de distribuição dos lotes rurais aos futuros agricultores da região, e em 13 de julho de 1977, era escolhido e delimitado o local onde abrigaria a sede do núcleo urbano com a finalidade de prestar apoio logístico aos projetos de colonização em implantação. O crescimento em função da colonização foi intenso e acelerado, tanto que, em 5 de agosto de 1983, ocorreu sua emancipação político-administrativa, sob o Decreto Lei n 071/83, e a partir de então, seu desmembramento do Município de Cacoal.

Distante 486 km da capital Porto Velho, Rolim de Moura é formada apenas pelo Distrito-sede e, Distrito Nova Estrela, está localizado na região Centro-Sul do Estado, nas coordenadas 11° 40' 20" de Latitude Sul e 61° 47' de Longitude Norte.

É um importante pólo regional, sendo a cidade mais populosa e economicamente ativa do que chamam Zona da Mata Rondoniense, com uma região de influência que abrange os municípios de Alta Floresta d'Oeste, Alto Alegre dos Parecis, Castanheiras, Nova Brasilândia d'Oeste, Novo Horizonte do Oeste, Parecis, Santa Luzia d'Oeste e São Filipe d'Oeste, totalizando uma população de cerca de 151.000 habitantes e área de 19.664km².

O Município de Rolim de Moura possui atualmente uma área geográfica de 1.487.30km², o que significa uma densidade demográfica de 31,39 habitantes/km², sendo 23.990 do sexo masculino e 23.392 do sexo feminino. Devido a sua centralidade, a cidade se

destaca entre as demais do estado e entre outras peculiaridades, é também considerada a capital da Zona da Mata.

As principais fontes de recursos da microrregião é a agropecuária e a indústria madeireira, as lavouras de relevância são as de arroz, café, milho e feijão, a pecuária extensiva ocupa grande espaço geográfico que abriga 1.572.113 cabeças de gado, o crescimento do rebanho microrregional está estagnado pela superlotação das pastagens, existe um forte movimento de migração do rebanho de corte para o leiteiro devido a instalação de novas indústrias de processamento de leite. O setor industrial está direcionado à indústria de beneficiamento de madeira, beneficiamento de cereais, abate de animais e beneficiamento de leite. O setor terciário está voltado ao comércio varejista e atacadista o qual é muito diversificado, destacando-se o comércio de pequeno porte tipo: lanchonetes, mercearias, lojas de calçados, sorveterias, farmácias, açougues, comércio de eletrodomésticos, lojas de materiais de construção, relojarias, papelarias, supermercados e empresas prestadoras de serviços.

O clima é equatorial com variações para tropical quente e úmido com temperatura de 40° para as máximas e 18° para as mínimas e, a umidade relativa do ar, varia de 80 e 85%. A hidrografia é representada pelos rios: Anta Atirada, Palha, Bamburro, São Pedro e Rolim de Moura. Ambos afluentes do Rio Machado, sendo que, o Município é cortado ainda, por vários riachos e igarapés.

O saneamento básico é de nível muito insatisfatório. Segundo dados fornecidos pela Prefeitura do município, o abastecimento de água pela rede pública Companhia de Água e Esgoto de Rondônia (CAERD) cobre 46,3% da área urbana. Aproximadamente 4.715 famílias são beneficiadas com água tratada. Na zona rural, o distrito de Nova Estrela é beneficiado com rede de distribuição e tratamento de água, favorecendo 112 famílias, sendo que o restante da zona rural é desprovido de rede de água, levando a população a utilizar poços ou nascentes e outras formas das quais não oferecem garantia da qualidade da água.

O município possui uma rede de esgoto que atende ao centro comercial com aproximadamente 1.000 metros, sem qualquer sistema de tratamento. A destinação final dos dejetos se dá sobre os igarapés que cortam a área urbana. De modo geral, as áreas residenciais utilizam-se do lançamento dos seus dejetos em fossas absorventes e sépticas.

A coleta de lixo na zona urbana é feita diariamente com frequência alternada de horários diurno e noturno e por setores. A cada dois dias para os bairros da periferia e diariamente para o setor comercial, unidades de saúde e escolas. O serviço é estruturado com apenas um caminhão caçamba com capacidade para 12 (doze) metros cúbicos de carga, com mecanismo de compactação, sistema de prensagem hidráulico possuindo altura ergométrica ideal para melhor condição de trabalho dos garis, portanto, mais rapidez e eficiência na coleta. O lançamento do lixo se dá a céu aberto a 6 (seis) km da cidade sentido norte da linha 188 (zona rural), tendo como destino final a incineração. Toda a população urbana é beneficiada pelo sistema de coleta de lixo, e os não beneficiados (zona rural), depositam o mesmo nas proximidades das dependências e terrenos baldios, ou seja, a céu aberto, outros utilizam de formas alternativas como enterramento e incineração.

Os resíduos dos serviços de saúde em sua grande maioria são coletados pelo serviço municipal e o destino final é o lixão. O hospital público municipal tem incinerador próprio, onde parte dos resíduos do hospital e das unidades de saúde são incinerados.

3.1.1 Organização do sistema de saúde no município

A estrutura de gestão da saúde do município é por Gestão Plena do Sistema Municipal – portaria n. 2509 de 17/04/98 – DOU n. 74 de 20/04/98. As condições de gestão de acordo com a NOB-SUS/96. Sua organização institucional é composta pelo Setor de Planejamento, Setor de Controle e Auditoria, Setor de Vigilância Sanitária, Setor de Dados Informatizados, Setor de Vigilância Epidemiológica e Setor de Administração de Recursos Humanos e o órgão gestor é a Secretaria Municipal de Saúde. Os instrumentos de gestão utilizados pelo município são: o Plano Municipal de Saúde, Programação Pactuada Integrada, Relatório de Gestão e Agenda Municipal de Saúde.

O município é sede do Módulo Assistência que abrange os municípios de Alta Floresta do Oeste, Alto Alegre dos Parecis, Nova Brasilândia, Novo Horizonte do Oeste, Santa Luzia, São Felipe do Oeste e Castanheiras e integra ainda o Pólo Micro Regional de Saúde do estado que abrange os municípios de Rolim de Moura, Santa Luzia, Nova Brasilândia, Novo Horizonte e Castanheiras.

A rede básica é composta por 08 Unidades Básicas de Saúde e 5 módulos do Programa Saúde da Família (PSF). Estas estruturas constituem a porta de entrada do sistema e atendem a população residente na sua área de abrangência, com algumas particularidades para o PSF que trabalha com população adscrita e cadastrada. As Unidades de Saúde da Família realizam atenção contínua nas especialidades básicas e conta com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as Diretrizes do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde.

As consultas de especialidades são realizadas em dois Centros de Atendimento Ambulatorial: a Policlínica e a Unidade de Saúde da Família Albert Sabin. O primeiro concentra especialidades clínicas como DST/AIDS, planejamento familiar, Programa de humanização no pré-natal e nascimento, Programa de prevenção do câncer cérvico uterino e de mama, Programa de controle de hipertensão e diabetes e programa de triagem Neo Natal, enquanto o segundo destina-se ao atendimento das doenças como tuberculose, hanseníase, paracocidiomicose, profilaxia de raiva humana, leishmaniose e esquistossomose. As consultas são marcadas a partir das unidades e é também responsável pela autorização e marcação dos exames complementares de diagnóstico de média e alta complexidade, solicitados pelos especialistas da área respectiva que atendem nas unidades de referência.

Os atendimentos de urgência e emergência bem como todas as internações são feitos em uma unidade com atendimento de 24 horas: Hospital Municipal João Amélio da Silva, objeto de estudo desta pesquisa.

Os exames complementares de diagnóstico considerados de rotina, tais como análises laboratoriais e alguma ultra-sonografia, são solicitados a partir dos módulos respeitando uma cota preestabelecida baseada no volume de atendimentos e a população coberta. Os exames de menor e média complexidade em patologia clínica são realizados no Laboratório Municipal, sendo a coleta feita nas próprias unidades. Existem exames, como a tomografia e determinados exames radiológicos, que são realizados no hospital municipal.

O município conta ainda com o Hemonúcleo que visa ao cumprimento da política nacional para o sangue promovendo a doação espontânea de sangue e medidas de proteção à saúde do doador e receptor, disciplinando a produção, estocagem e distribuição dos produtos

sanguíneos e seus derivados, bem como, o atendimento a pacientes portadores de hemopatias. Atende toda a demanda transfusional da rede hospitalar pública e privada de Rolim de Moura e região.

A unidade operacional da Vigilância Sanitária atua no monitoramento da qualidade de bens, produtos, serviços, procedimentos e atividades de interesse da saúde, do meio ambiente e ambiente do trabalho, sendo subdividido em cinco núcleos, que correspondem às áreas análogas, a saber: alimentos, meio ambiente, medicamentos, saúde do trabalhador e serviços de saúde.

A Seção de Imunização do município realiza vacinação de rotinas nas 05 UBS com todas as vacinas indicadas no esquema básico; é responsável pelas campanhas de multivacinação na zona rural e urbana, divulgar as informações para motivar a população a procurar os postos de vacinação e busca ativamente aos não vacinados na população de 01 a 05 anos e nas escolas.

O Núcleo de Educação em Saúde é responsável pela construção de projetos político pedagógico que possibilite à população o desenvolvimento de estratégias de ação, voltado para a construção, produção e difusão do saber e do conhecimento visando a melhoria da qualidade de vida. Atualmente este núcleo está desestruturado em recursos humanos.

Quanto à Assistência Farmacêutica de Medicamentos Básicos, a distribuição dos medicamentos adquiridos pelo município é realizada pelas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde. O município tem a responsabilidade de assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica de saúde a sua população integrando a programação.

O município conta com uma rede hospitalar constituída de 03 hospitais em funcionamento, sendo 02 particulares com 25 leitos em conjunto e um hospital público com 100 leitos.

3.2 Local do estudo - Hospital Municipal João Amélio da Silva

O estado de Rondônia conta com 90 hospitais públicos nos diversos municípios do Estado. O Critério de escolha do Hospital Municipal Amélio João da Silva deu-se por ser o

único hospital público do município de Rolim de Moura e ainda, por ser o pioneiro na implantação da humanização desde 2001. Desta forma, ficam excluídos na participação da pesquisa os demais hospitais do município.

O Hospital Municipal João Amélio da Silva fundado na década de 80, conhecido como Hospital Municipal de Rolim de Moura (HMRM) presta serviços especializados de emergência, endoscopia, fisioterapia, laboratório clínico (patologia clínica); orteses e próteses e/ou meio auxiliares de locomoção; queimaduras; radiologia, ultra-sonografia, pediatria, obstetrícia, urgência e clínica em geral.

Conta com 100 leitos, assim distribuídos: Clínica Médica 52, Clínica Pediátrica 14, Clínica Obstétrica 18 e Clínica Cirúrgica (geral e ortopediatraumatologia) 16. O quadro de funcionários é composto por 364 trabalhadores, sendo 160 na área assistencial e 204 na área técnica administrativa e serviços gerais.

Os principais serviços de apoio são: ambulância, central de esterilização de materiais, farmácia, lactário, lavanderia, necrotério, nutrição e dietética (SND), SAME ou SPP (Serviço de Prontoário de Paciente), serviço de manutenção de equipamentos, serviço social e psicológico.

O setor de Urgência e Emergência é composto por sala de curativos, sala de gesso, sala de repouso e observação. O Setor Ambulatorial contém 02 clínicas especializadas, clínicas indiferenciado, sala de nebulização; outros consultórios não médicos. Todas as salas apresentam boas condições, com pinturas na cor branca e bege. O ambiente é claro, o piso é lavável e antiderrapante. Apresenta luminosidade natural e artificial, com circulação de ar pela existência de janelas em todas as unidades. Não está equipada com aparelhos de ar condicionado, existindo, porém, a presença de ventilação natural e com ventiladores.

A recepção do hospital é um grande salão retangular com bancos de alvenaria e madeira que ocupam parcialmente duas das paredes. O local possui um banheiro público masculino e outro feminino, tem ventiladores de teto e ventilação natural. Parte de um dos lados é tomada pelo balcão de recepção onde também são dadas as informações e realizadas as atividades administrativas de internação e alta dos usuários. Algumas mensagens

institucionais estão colocadas junto à porta que dá acesso ao corredor interno do hospital, dentre elas um cartaz sobre a PNH.

O Setor Hospitalar é composto pela sala de cirurgia; sala de parto normal; sala de pré-parto e dividido em enfermarias masculinas, femininas e pediatria e, conta ainda com uma enfermaria especial para abrigar serviços de atenção especiais como mulheres que sofreram aborto ou passaram por situações de violência e, outra enfermaria que recebe o nome de isolamento, onde atende os casos de doenças contagiosas. Os quartos são pequenos e a capacidade de circulação bastante comprometida em função do número de leitos, tamanho das camas e presença de cadeiras para acompanhante. Cada enfermaria é equipada com 04 camas e banheiro interno, sendo que cada cama tem uma cadeira de balanço confeccionada em madeira para caso de acompanhantes, quando necessário.

O hospital conta com uma sala específica para reuniões diversas como comissão de humanização, corpo clínico, comitê de ética, reunião de trabalhadores. E também disponibiliza equipamentos de proteção individual e coletiva.

A sala de medicamentos é o local de preparo dos medicamentos prescritos pela equipe médica, e higienização de materiais utilizados na medicação. Possui balcões em torno da sala e é próxima ao posto de enfermagem. O posto de enfermagem centraliza as informações escritas sobre o paciente. É onde ocorre a maior concentração de comunicações com a equipe de saúde (médicos, nutricionistas, enfermeiros e técnicos em enfermagem) e com familiares (pessoalmente ou por telefone). Neste ambiente encontra-se os prontuários e exames dos pacientes, o painel de controle dos leitos com as campanhas para pronto atendimento e ramais de telefone (interno e externo). A sala de curativos é destinada para a realização de procedimentos de maior complexidade, que não podem ser realizados no quarto do paciente.

Nas dependências conta ainda com sanitário para equipe de trabalhadores de saúde que circulam pelo setor. Localiza-se anexo ao posto de enfermagem e apresenta condições ruins de conservação. A sala de descanso é composta por duas camas e equipada com aparelho de ar condicionado e frigobar, utilizada para descanso do pessoal do turno noturno e, para os trabalhadores que estão de plantão. Este espaço evidencia o princípio da ambiência e acolhimento enquanto preocupação da instituição em oferecer conforto e melhores condições

para os trabalhadores. A sala da Chefia de Enfermagem tem caráter administrativo, é utilizada pela enfermagem para as atividades de coordenação da equipe e do setor.

O hospital conta com um amplo refeitório utilizado pela equipe de trabalhadores para fazer suas refeições; equipado com mesas, cadeiras, pia com balcão, geladeira e forno elétrico. Os equipamentos e móveis encontram-se em boas condições. Próximo ao refeitório, encontra-se o setor de lavanderia e rouparia, local destinado para a lavagem e guarda das roupas para utilização exclusiva do hospital.

Neste mesmo espaço localiza-se a sala de guarda de equipamentos, responsável pela guarda dos equipamentos (suportes de soro, grades de cama e outros) e as caixas dos soros. A sala de manutenção contém os equipamentos e instrumentos utilizados pelos trabalhadores. Existe um setor de manutenção no hospital responsável pelos reparos e consertos dos materiais. Equipamentos de maior complexidade têm supervisão da equipe técnica autorizada pelo fabricante. E por fim, a sala de expurgo destinada ao serviço de limpeza do setor. Neste espaço são guardados utensílios tais como comadres, bacias, jarras e outros. É neste local também que são depositados as roupas sujas e os sacos de lixo, para posterior recolhimento pela equipe responsável;

O sistema de consultas é por ordem de chegada, pois não utilizam o sistema de marcação de consultas, pois estas devem acontecer nos postos de saúde e não no hospital. Os serviços nas unidades de internação e emergência funcionam 24 horas por dia, em regime de turnos e plantões, obedecendo aos seguintes horários e equipes: Turno matutino - 7h às 13h; Turno vespertino - 13h às 19h. O plantão diurno das 7h às 19h e plantão noturno das 19h às 7h. Nos plantões diurno e noturno trabalham 12 horas e folgam 48 horas, enquanto nos turnos matutino e vespertino trabalham diariamente de segunda a sexta-feira. Nos finais de semanas, a equipe trabalha em sistema de plantão de 12 horas. Essa carga horária é compensada com folgas durante a semana.

A organização dos trabalhos distribuídos nos períodos matutino e vespertino induz ao estreitamento do vínculo entre trabalhador e usuário, possibilitando práticas de acolhimento, pois o usuário ao utilizar o serviço hospitalar em determinado período, pode reencontrar o mesmo trabalhador para seqüenciar o atendimento. Ao contrário desta organização de horários, o plantão dificulta a criação de vínculos entre os atores envolvidos, pois usuário ao

buscar a instituição de saúde em dias seguidos, encontrará diferentes trabalhadores para proceder o atendimento. Para Brasil (2006a) o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde.

3.3 Participantes da pesquisa

O hospital conta com um quadro de 364 trabalhadores, dos quais 160 são da área assistencial, conforme ilustra a figura 1. A equipe é formada por 33 médicos sendo: 01 neurologista, 01 cardiologista, 02 médicos anestesista, 03 médicos (cirurgião), 04 obstetras, 22 médicos clínico-geral; 02 ortopedistas, 02 fisioterapeutas, 01 assistente social, 01 biomédico; 02 bioquímicos; 01 psicóloga, 08 enfermeiras, 110 auxiliares de enfermagem, 07 agentes de saúde; 01 técnico em radiologia; 02 técnicos em laboratório; 01 técnico contábil; 04 agentes administrativos, 02 recepcionistas; 01 diretor geral; 02 diretores de divisão de setores; 01 professor; 07 vigias; 25 zeladores; 12 motoristas; 08 cozinheiras; 07 lavadeiras e 11 em serviços gerais. Integram ainda a equipe 50 trabalhadores cedidos pelo Estado e 63 comissionados.

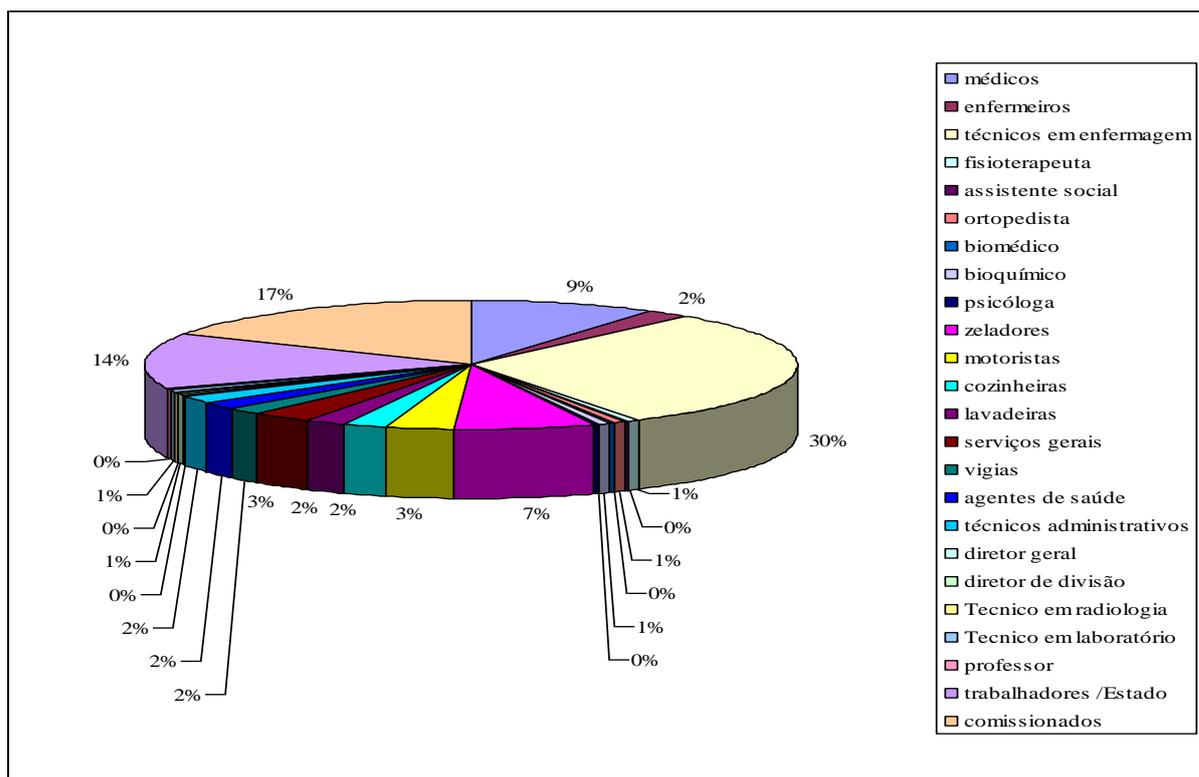


Figura 1: Quantitativo de trabalhadores da instituição, RM (2007)

Fizeram parte da amostra os trabalhadores e profissionais da saúde, que estão diretamente vinculados ao atendimento do usuário, totalizando 160 trabalhadores, dos 364 que compõem o quadro da instituição, e que atuam nas diversas áreas e departamentos do Hospital Público Municipal de Rolim de Moura. Desta forma a amostra foi do tipo estratificado, considerando o quantitativo de setores da instituição e a distribuição destes trabalhadores (profissionais da saúde) por categoria entre os setores. Os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos do estudo seguiram os seguintes parâmetros:

Inclusão

1. Os trabalhadores ligados diretamente ao atendimento dos usuários;
2. Trabalhadores do quadro efetivo da instituição;
3. Trabalhadores que estavam em atividade por ocasião da coleta de dados e que aceitaram participar do estudo.

Exclusão

1. Os trabalhadores que não atuavam diretamente no atendimento aos usuários;
2. Os trabalhadores pertencentes ao quadro temporário;
3. Os trabalhadores que se encontravam em licença e ou férias por ocasião da coleta de dados;
4. Os estagiários de instituições de ensino superior;
5. Os trabalhadores com contratação inferior a 06 meses;
6. Os trabalhadores que se recusaram a participar.

Dos trabalhadores da saúde entrevistados, 63 % são do sexo feminino e 37% do sexo masculino, com modelos de contrato variados. Dentre os participantes, 33 são médicos e atuam em diversas especialidades, 08 são enfermeiras, 110 são técnicos em enfermagem do nível I, II e III, 02 ortopedistas, 02 fisioterapeutas, 01 assistente social, 01 biomédico; 02 bioquímicos e 01 psicóloga (FIGURA 2). No intuito de construir grupos de trabalhos, agregando diferentes categorias de trabalhadores comprometidos com a proposta da Política de Humanização da Assistência a Saúde, a pesquisa mostra que conseguiu abranger nesse processo uma gama de profissões, garantindo assim a interdisciplinariedade e a diversidade de prática e conhecimento.

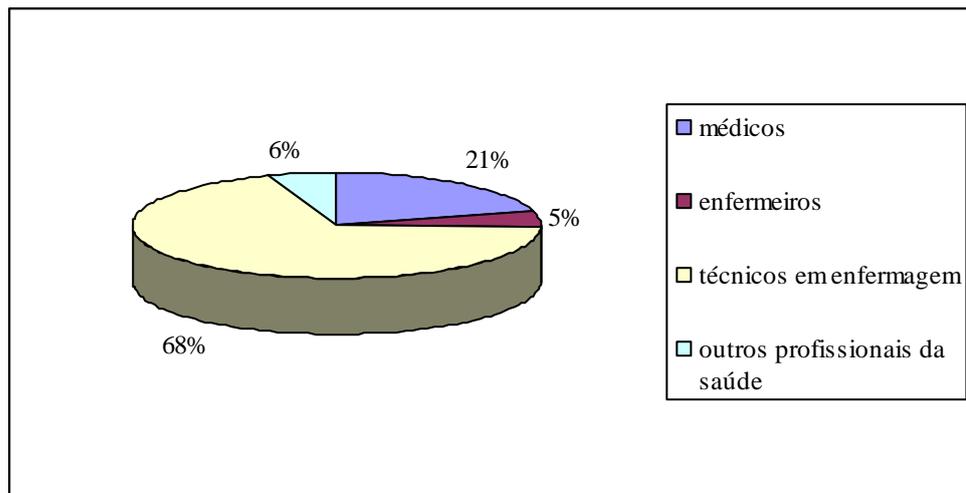


Figura 2: Participantes da pesquisa, RM (2007)

As diferentes categorias profissionais podem favorecer a indução da proposta da Política ao agregar diferentes saberes para sua efetivação. Isto também contribui para o entendimento e identificação das potencialidades e dos entraves que a política tem se deparado para sua consolidação no hospital. A diversidade das áreas profissionais que incidem na área da saúde aponta também as diversas possibilidades de criação de novos saberes e práticas.

Os resultados evidenciam que o setor de Enfermagem, composto por enfermeiros e auxiliares está representado em todas suas instâncias, somando um percentual de 73% dos participantes.

Outro dado importante pesquisado refere-se ao tempo de serviço prestado pelos trabalhadores na área da saúde, o qual aponta que 38% estão inseridos nesta área a menos de cinco anos, 47% entre cinco a dez anos. O que pode ser um indicativo de maior flexibilidade para a implantação e implementação de um novo modelo de política. Da mesma forma, a pesquisa aponta um número significativo de trabalhadores com período de 11 a 20 anos de vinculação ao serviço saúde, o que também permite inferir que estes profissionais já tenham uma prática consolidada e podem contribuir com sua experiência na efetivação da política no hospital.

3.4 Aspectos éticos

O estudo seguiu os princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o qual estabelece as diretrizes

e normas para as pesquisas em saúde que envolve seres humanos. Também foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), observando os aspectos de zelo em manter sigilo das informações e anonimato dos informantes. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), sendo aprovado em agosto de 2007 (ANEXO B).

3.5 Procedimentos e instrumentos de coletas de dados

O estudo foi desenvolvido em duas fases, na primeira fase buscou-se situar a PNH no contexto do Plano Municipal de Saúde, por meio da análise documental. Na segunda fase foram realizadas as observações globais no contexto do estudo e entrevistas com os trabalhadores. Para tanto, utilizou-se na coleta de dados, os recursos da observação; da análise documental e da entrevista.

Nesta fase foi realizada observação nos diferentes setores, para identificar as estratégias de humanização implementadas pela instituição e as suas características a fim de identificá-las nos princípios da PNH. Os dados obtidos, por meio da observação e dos documentos, foram registrados em um protocolo estruturado (APÊNDICE A), segundo cada um dos princípios da PNH. As observações foram realizadas pela pesquisadora, em diferentes setores e turnos de trabalho, objetivando identificar os projetos, as normas, as rotinas e as suas características.

Realizou-se ainda, nesta fase, entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) com os trabalhadores da saúde visando identificar as estratégias, as formas de participação da equipe; os mecanismos adotados e o tempo em que elas iniciaram. Assim como, entrevista com o objetivo de apreender a percepção dos trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem), acerca da humanização no contexto hospitalar, com roteiro semi estruturado, com questões abertas e fechadas versando sobre, o entendimento da PNH; as estratégias implementadas; as formas de treinamento; a estrutura física e organizacional; as formas de gestão; a comunicação; as mudanças nas práticas de assistência no cotidiano do trabalho, os limites encontrados para implementação da política. Os entrevistados foram identificados utilizando a codificação E1 a E160, sem especificação da categoria, com objetivo de evitar a identificação dos mesmos.

A coleta de dados foi realizada em horários pré-estabelecidos de modo que atendeu às necessidades dos participantes, incluindo todos os turnos, no período de setembro a dezembro de 2007.

O instrumento (roteiro de entrevista) foi pré-testado em outro hospital, o que permitiu os ajustes necessários, antes de ser efetivamente aplicado no local escolhido para a pesquisa.

3.6 Análise de dados

Os dados qualitativos foram organizados segundo as categorias analíticas que caracterizam os princípios da PNH - o acolhimento; a ambiência e a democratização da gestão.

Os dados quantitativos foram organizados segundo a frequência simples e apresentados na forma de gráficos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está organizado apresentando o Plano Municipal de Saúde e a inserção da PNH; a implementação da política de humanização no município, as estratégias de humanização implementadas pela instituição; as novas práticas de gestão e atenção e a percepção dos trabalhadores da humanização no contexto hospitalar.

4.1 Plano municipal de saúde e a Política Nacional de Humanização

O Plano Municipal de Saúde – PMS do município de Rolim de Moura, está inserido nas ações do Plano Plurianual da Secretaria Municipal de Saúde (PPA). O PPA do período de 2006 a 2009 foi aprovado em fevereiro de 2005, seguindo as Normas Operacional da Assistência a Saúde – NOAS/2002 e as Leis 8080/90 e 8142/90.

Sua missão é “promover à saúde da população com humanização, qualidade e igualdade, buscando consolidar o Sistema Único de Saúde – SUS. Aprimorando o processo de melhoria contínua das ações de promoção e recuperação da saúde de forma integral, otimizando a rede de serviços de saúde do município, assegurando o desenvolvimento da atenção básica e hospitalar de maneira eficiente e eficaz, de modo a atender as necessidades de saúde da população de Rolim de Moura e Região” (PPA-SMS, 2005, p. 2). Verifica-se que na própria missão do Plano Municipal de Saúde, a humanização é base para direcionar os serviços de saúde.

A leitura do documento permite perceber que, de fato, os itens desta proposição reaparecem como alguns dos princípios da PNH. Os princípios acolhimento, democratização da gestão e ambiência são evidenciados por meio do objetivo “melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde especializados e hospitalares” (PPA-SMS, 2005, p. 44). E esses mesmos princípios são ressaltados mais detalhadamente nas estratégias de ação definidas no plano como: implantar estratégia de acesso a serviços de saúde hospitalar; qualificar e modernizar a Gerência da rede de serviços hospitalares; capacitação e atualização de recursos humanos; implementar Plano Nacional de Humanização de Ações de Saúde na

Rede Hospitalar. Para Benevides (2004) *apud* Sousa Santos (2005), a filosofia da PNH de ampliar os serviços e melhorar a qualidade do atendimento, proporcionando o acesso do usuário a trabalhadores capacitados e aos medicamentos vão ao encontro do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

O objetivo “ampliação, reforma e manutenção das Unidades básicas de saúde e hospital municipal” traz como estratégia de ação a “construção da Maternidade Municipal acoplada ao Hospital: 02 salas de cirurgia, 02 salas de parto, 02 salas de pré-parto, 02 enfermarias de isolamento, 06 enfermarias com 04 leitos e 04 berços” (PPA-SMS, 2005, p. 46), que evidencia os princípios da ambiência e acolhimento, bem como da resolutividade que não é objeto do presente estudo.

O Plano Municipal de Saúde contempla ainda alguns projetos de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde como “implantação do Projeto Canguru, Hospital Amigo da Criança e implementação do programa de humanização no pré-natal e nascimento” que já vem sendo desenvolvido nos PSFs e hospital municipal.

Os princípios da PNH estão contemplados em todo o documento do plano municipal. O acolhimento é descrito como o acesso da população aos serviços oferecidos, bem como estratégias de ampliação destes serviços. A ambiência é conceituada como melhorias das condições estruturais em toda a rede básica de saúde oferecida pelo SUS no município. Estas melhorias são mostradas por meio de reformas, ampliação e construção de ambientes onde possa promover a humanização do atendimento (PPA-SMS, 2005).

Ressalta-se que tanto a ambiência como o acolhimento são contemplados como meios de melhorar a qualidade dos serviços de saúde. E por fim, a democratização da gestão é evidenciada pelos objetivos de atualização dos trabalhadores envolvidos na rede SUS e, pelo desejo de qualificar e modernizar a Gerência da rede de serviços hospitalares, tornando uma gestão mais participativa, em que trabalhadores, gestores e usuários possam contribuir com a saúde do município.

4.2 A humanização no contexto hospitalar

O Hospital Amélio João da Silva começou a participar do processo de Humanização desde o lançamento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar lançada

em 2001, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio da iniciativa do diretor administrativo, dentro do hospital, que vinha desenvolvendo atividades e ações humanizadoras.

A primeira equipe foi formada a partir da intenção do diretor administrativo, de agregar ao seu trabalho pessoas que pudessem incrementar no hospital ações que possibilitassem a humanização do trabalho e da assistência ao usuário. Tendo esta idéia inicial e, encontrado respaldo entre os trabalhadores de diversas funções e setores, aconteceu a primeira reunião da equipe para tratar do assunto de uma forma mais participativa e organizada.

Com o resultado desta reunião, foi elaborado um documento para apreciação da Secretaria Municipal de Saúde, a título de formalização, que continha como objetivo principal a formação e institucionalização de uma comissão permanente para elaborar um plano de humanização para o Hospital Municipal João Amélio da Silva.

A equipe de humanização era formada por 11 (onze) trabalhadores de diversos setores distribuídos em 01 médico, 01 fisioterapeuta, 03 enfermeiros, 02 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar administrativo, 01 agente de saúde, 01 diretor geral, 01 serviços gerais. As reuniões da comissão eram semanais, todas as terças-feiras no horário das 14h às 15h.

A figura 3 aponta cronologicamente o caminho percorrido pela comissão de humanização, abordando suas principais estratégias, o tempo de execução entre uma e outra, bem como apresenta os desafios, os limites e as possibilidades enfrentados desde a implantação da humanização no hospital até o encerramento da coleta de dados pela pesquisadora em dezembro de 2007, conforme análise documental.

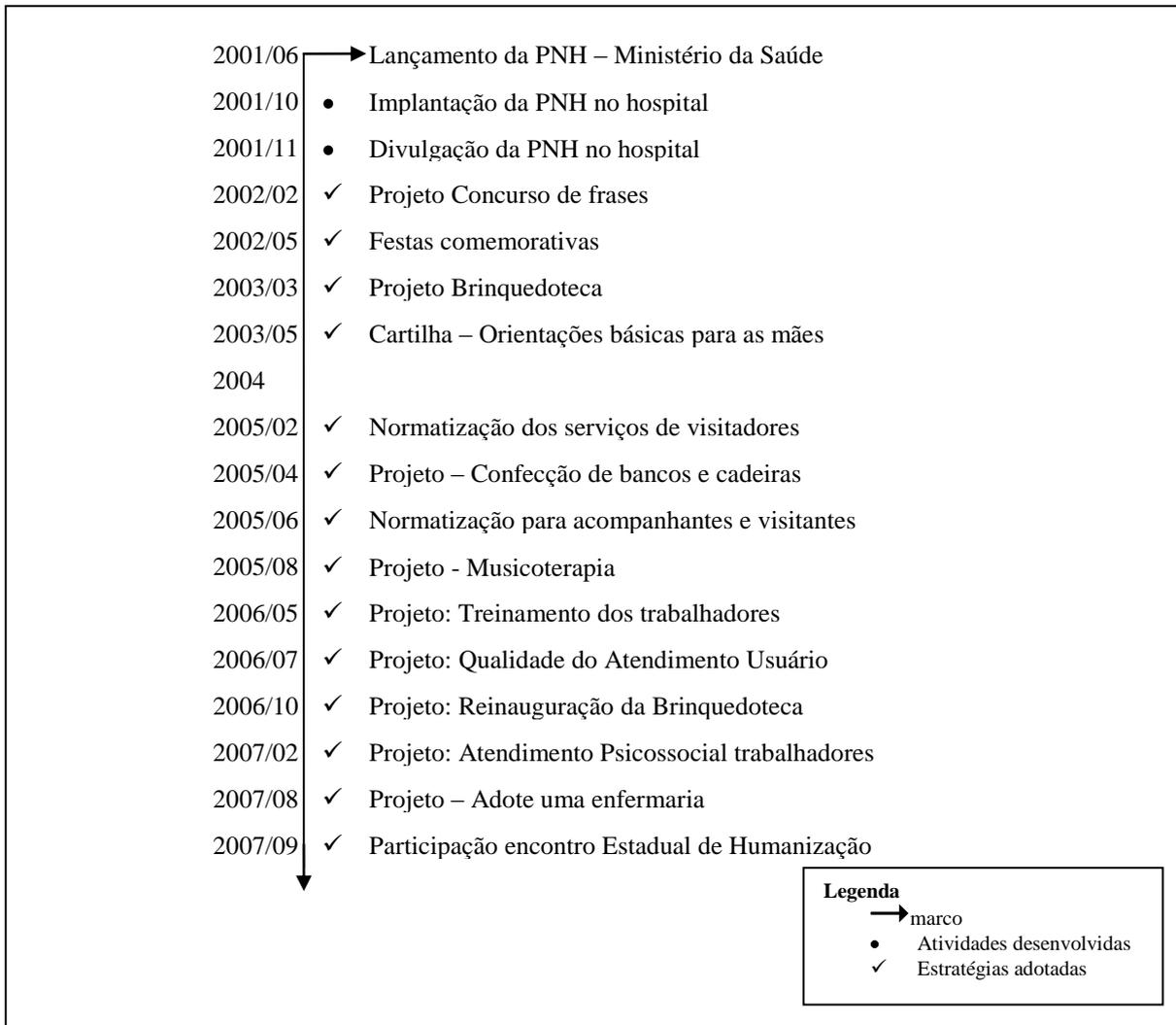


Figura 3: Linha do tempo, RM (2007)

Desde a implantação da humanização no ano de 2001, a instituição desenvolveu várias estratégias, podendo observar a efetividade das atividades até dezembro de 2003. Durante este período o município contratou uma psicóloga especialmente para liderar os projetos de humanização, pois o diretor administrativo que era o coordenador da comissão até então, assumiu a Secretaria de Fazenda do município e umas das integrantes da equipe de humanização, assumiu a direção administrativa do hospital, permanecendo no cargo até 12/2005. A preocupação do hospital em contratar um profissional específico para implementação dos projetos de humanização, evidencia a responsabilidade e o compromisso dos gestores frente à PNH inserida no ambiente.

No ano de 2004, timidamente deram continuidade às estratégias que já estavam implantadas a exemplo da Brinquedoteca e de comemorações de algumas datas especiais. No período que compreende julho a dezembro do mesmo ano, a comissão de humanização do

hospital desestruturou-se, por motivos de desistência de vários membros, desinteresse dos trabalhadores e a saída da psicóloga contratada para articulação dos trabalhos, deixando uma lacuna nas práticas indutoras de humanização no contexto hospitalar.

Em janeiro de 2005, o município abriu concurso público e contratou mais trabalhadores da saúde. A partir deste período a psicóloga contratada para prestar assistência ao hospital assume a coordenação da comissão de humanização, retomando as atividades. Em março, a comissão se reúne para apresentar um demonstrativo das atividades desenvolvidas nos primeiros meses da reimplantação do projeto de humanização.

Desde a constituição da nova equipe de humanização formada por 15 pessoas de diferentes categorias profissionais e diversos setores de atuação, a instituição vêm desenvolvendo importantes estratégias que levam as novas práticas de gestão e atenção, possibilitando a horizontalização das linhas de comando, o trabalho em equipe e a participação dos trabalhadores da saúde, usuários e comunidade no desdobramento dos princípios da ambiência, acolhimento e democratização da gestão.

Hoje, o trabalho da comissão gira mais em torno dos projetos que são desenvolvidos com os trabalhadores, mais especificamente na realização de eventos comemorativos, como por exemplo, o dia das mães, do funcionário público, das secretárias, do médico etc. Preocupa-se também com a organização de cursos e palestras sobre o tema humanização, encaminhamento e apresentação para as unidades, de projetos propostos por voluntários e a exposição da Política em eventos internos e externos do hospital, como por exemplo, para trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde. Além, como será descrito posteriormente, o atendimento individualizado a trabalhadores e usuários do hospital, realizado pela coordenadora da comissão e o projeto Adote uma Enfermaria que será finalizado em 2008.

Segue a descrição das estratégias desenvolvidas pela comissão de humanização do hospital desde a sua constituição em 2001 até a finalização da pesquisa, em dezembro de 2007.

4.3 As estratégias de Humanização

4.3.1 Orientação para acompanhantes e horários de visitas

Em 2005, a comissão de humanização desenvolveu um projeto que objetivava orientar ao usuário, visitantes e acompanhantes sobre o período de internação. A cartilha foi elaborada e distribuída ao público alvo contendo informações quanto à presença de acompanhantes que é permitida aos usuários menores de 12 anos ou acima de 60 anos e para gestantes, sendo que é permitida a presença de uma acompanhante por vez para cada usuário. Os acompanhantes deverão ter acima de 18 anos e devem colaborar na higienização e na alimentação do usuário, caso este seja incapaz de se alimentar ou fazer sua higiene sozinho. Devem manter o silêncio nas enfermarias e não transitar nas dependências do hospital sem camisas e sapatos. Outra recomendação, é que o acompanhante não deve trazer alimentos de casa e não podem fazer o uso dos leitos (camas), pois são acomodados em uma cadeira de madeira comum nas enfermarias (masculina e feminina) e na pediatria e maternidade elas são do tipo balanço. Todas adquiridas por meio de estratégias da comissão de humanização. Ainda, faz parte da visitação, a utilização de crachás de identificação. Os horários de visitas são das 12h às 13h sendo um visitante por leito. Estas normas permanecem até o presente momento no hospital.

Nesta estratégia evidencia o princípio do acolhimento que timidamente vem desenvolvendo conforme os direitos do usuário estabelecidos pelo SUS, mas é necessário ainda que o hospital trabalhe meios da efetivação do horário aberto de visitas e incentive a presença de acompanhantes em todos os momentos da assistência à saúde, como traz o Ministério da Saúde por meio da Cartilha Ambiência (BRASIL, 2007a).

4.3.2 Orientações gerais aos visitantes

A comissão elaborou uma cartilha de normatização dos serviços hospitalares a fim de cadastrar padres, pastores e representantes de igrejas para prestar a assistência espiritual. Nesta cartilha continha horário de visitação, sobre casos de mudança ou troca do membro cadastrado, casos especiais de atendimento fora do horário de visita e as reuniões semestrais dos visitantes. Após a confecção das cartilhas, foi realizado um treinamento com os

visitadores cadastrados instruindo-os quanto à contaminação e infecção hospitalar; regras básicas e perfil desejado para o visitador. Verifica-se nesta estratégia o princípio da democratização da gestão que segundo Brasil (2006b), os hospitais devem criar mecanismos de participação da comunidade em conjunto com os trabalhadores e usuários do sistema de saúde.

Os voluntários desenvolvem diversas atividades conjuntamente com os trabalhadores do hospital como festas de comemorações ao dia da criança, dia das mães e atuam principalmente junto aos usuários em estado grave quando solicitados pelos próprios usuários, familiares ou pela equipe de enfermagem. O horário estabelecido para as visitas é das 14 às 15h, logo após o horário de visitação do hospital.

Mota; Martins e Vêras (2006) defendem o trabalho voluntário em hospitais como uma estratégia fundamental para a humanização do atendimento. Ele dá suporte emocional aos pacientes, além de ser facilitador do trabalho dos departamentos clínicos e administrativos dos hospitais.

4.3.3 Programa de Humanização do Parto

As estratégias voltadas à humanização do parto iniciaram no hospital antes mesmo do PNHAH ser lançada e o HMRM ser selecionado para participar do projeto piloto de implantação da humanização no contexto hospitalar. Devido aos programas de humanização do parto que o Ministério da Saúde desenvolve há mais tempo em toda a rede do SUS, nota-se que um dos setores onde há maior visibilidade das ações de humanização atualmente é na Pediatria e Maternidade.

Além de seguirem os princípios preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) como direito ao acompanhante, atendimento psicofísico dentre outros, a instituição elaborou uma cartilha contendo informações relevantes para as mães como procedimentos de curativos do coto umbilical, sobre o aleitamento materno, vacinação, teste do pezinho e consulta pós-parto. A equipe de enfermagem em conjunto com a comissão de humanização além dessas orientações e acompanhamento junto às mães, elabora

lembrancinhas do hospital para os recém nascidos contendo informações referentes aos dados do nascimento como peso, hora do nascimento, tipo sanguíneo etc.

Os princípios do acolhimento e ambiência são claramente definidos nesta estratégia, induzindo às práticas humanizadas com destaque ao eixo da atenção, mas cabe ressaltar que apesar das iniciativas inovadoras, há muito que investir neste foco. Os trabalhadores da área (obstetras) são plantonistas e não contempla no quadro de funcionários o médico ginecologista, dificultando o aprimoramento de algumas estratégias sugeridas pelo PHPN a exemplo do parto normal.

4.3.4 Projeto Integração dos trabalhadores

Concurso de Frases

Em 2002 a equipe promoveu o Concurso de Frases com objetivo de integração dos trabalhadores e definição da frase que usariam nos projetos e campanhas de humanização. Este concurso também objetivou incentivar e premiar os trabalhadores de forma a melhorar o clima e harmonia no ambiente hospitalar e valorização dos mesmos.

Desde o início da implantação da PNH no hospital, o princípio democratização da gestão é evidenciado e reforçado pelos gestores que sempre priorizaram a gestão participativa. Em um projeto simples como este concurso de frases, nota-se o esforço de gestores e trabalhadores para promoverem a integração da equipe hospitalar e, criar mecanismos de valorização dos profissionais. Corroborando com esta idéia, Hoga (2004) traz que o gestor deve relevar a opinião do conjunto de trabalhadores atuantes na instituição de saúde, independentemente do cargo ou função que ocupam, pois permite a gestão co-participativa e promove uma boa relação entre os profissionais. Esta estratégia administrativa possibilita a expressão das necessidades peculiares das diferentes categorias profissionais que precisam ser consideradas quando se almeja a execução do trabalho conjunto, de forma harmoniosa.

As festas comemorativas

As estratégias de valorização do trabalhador iniciaram timidamente com reuniões para comemoração de aniversários e trocas de idéias quanto aos problemas enfrentados no dia-a-

dia. Atualmente, fazem parte do calendário das festas comemorativas dos funcionários além das festas de aniversários, festas juninas e em comemoração aos profissionais (Dia do Médico, Dia do Enfermeiro, Dia do Funcionário Público, etc.).

Fazem parte desta estratégia as festas em comemoração ao Dia das Crianças desde 2003. Na primeira festa do Dia das Crianças liderada pela equipe de humanização, os trabalhadores se fantasiaram de diversos personagens conhecidos pelas crianças e, em parceria com empresários locais e voluntários, angariam alimentos, bebidas e brinquedos e promoveram um dia diferente no refeitório do hospital.

E, também são desenvolvidas estratégias de integração entre trabalhadores da saúde e usuário, a exemplos da festa do Dia das Mães, do Dia dos Pais e Ceia de Natal. Os princípios destacados são: o acolhimento, ambiência e democratização da gestão. Acolhe-se quando integra usuário, acompanhantes, visitantes, trabalhadores da saúde, gestores e comunidade empresarial propiciando um ambiente de confortabilidade e afetividade. Segundo Brasil (2007a) a ambiência e sua interface com o acolhimento pressupõem a criação de espaços de encontros entre os sujeitos, possibilitando a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores, equipes e, entre os próprios usuários.

Destaca-se a indução de práticas humanizadoras no eixo da gestão do trabalho, que para Barros, Mori e Bastos (2006), este eixo propõe-se à promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo, valorizando os trabalhadores e o saber que constroem no seu cotidiano de trabalho.

Assistência psicossocial e solidária para trabalhador e usuário

O projeto assistência psicossocial em prol dos trabalhadores e usuários iniciou em 2007, seqüenciando as ações desenvolvidas pela “Comissão de assistência solidária ao trabalhador e usuário” com o objetivo de levar apoio psicológico, cestas básicas ou outros benefícios aos trabalhadores que estavam afastados por motivos de força maior. Foram beneficiados também os usuários vitimados por tragédias, a exemplo das enchentes.

A partir de então, a comissão de humanização elaborou o projeto de acompanhamento psicossocial para os trabalhadores e usuários. Os atendimentos são realizados no próprio

hospital pela psicóloga quando solicitados pelos interessados ou indicação da equipe. A psicóloga responsável pelo projeto é coordenadora da comissão de humanização desde 2005. Segundo a profissional, ainda há pouca procura do atendimento por parte dos trabalhadores, talvez limitada pelo vínculo profissional ou conforme observação e resultados das entrevistas, podendo ser também pelos desvios de divulgação e comunicação.

Esta estratégia desenvolvida pelo hospital vem ao encontro do projeto Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Rolim de Moura de autoria e responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, cujo objetivo é de preencher a lacuna que existe entre o atendimento ambulatorial, menos intensivo e a internação hospitalar prolongada, propiciando a integração do usuário com a família e com a sociedade, sem que seja necessária a internação. Para sua execução foi firmada parceria entre o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde.

Verifica-se o princípio acolhimento, mas especificamente dos trabalhadores permeando as práticas de gestão da saúde, Rossi e Lima (2005) *apud* Pina (2007) defendem que os trabalhadores da saúde devem vivenciar e também receber o acolhimento em seu cotidiano para sentirem-se comprometidos em acolher o usuário. Com esta estratégia, são acolhidos no ambiente de trabalho para propiciar maior qualidade do atendimento.

4.3.5 Projeto integração dos usuários / participação (gestão participativa)

Brinquedoteca

Em 2003, a comissão de humanização desenvolveu o projeto Brinquedoteca com o objetivo de propiciar um espaço preparado para estimular a criança a brincar, possibilitando o acesso a uma grande variedade de brinquedos, dentro de um ambiente especialmente lúdico, controlando e amenizando a tensão da internação. Para realização desta estratégia, o hospital contou com a participação de empresários do município quanto à doação de tintas, móveis, televisores, brinquedos etc. A Secretaria Municipal de Saúde, atendendo ao pedido da comissão de humanização, promoveu a reforma da sala onde funcionaria a brinquedoteca. Esta sala foi pintada e mobiliada com motivos infantis, ventilada, contendo Karaokê, televisão e diversos *kits* de brinquedos infantis, com a intenção de convidar a criança usuária a brincar,

estimular sua criatividade e promover seu desenvolvimento físico, emocional, mental e espiritual.

Esta estratégia evidencia os princípios de acolhimento, democratização da gestão e ambiência. O princípio democratização da gestão é claramente mostrado por se tratar de uma administração participativa, possibilitando aos empresários do município contribuir com a construção e reforma da sala onde funcionaria a brinquedoteca, não dispensando também a participação dos trabalhadores e órgãos responsáveis, como a Secretaria Municipal de Saúde. Segundo Brasil (2004a) a humanização é vista como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; o fomento da autonomia e do protagonismo destes sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; e o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

O acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todos os usuários e possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. (SOLLA, 2005), que no caso do Projeto Brinquedoteca garante às crianças usuárias, um ambiente acolhedor, lúdico, podendo minimizar a tensão da internação e proporcionando as mesmas um ambiente que seja a extensão do seu cotidiano.

Já o princípio ambiência é mais evidente, pois além de possibilitar um ambiente mais organizado, confortável que favorece a criatividade, a participação e o bem-estar das crianças apresenta um ambiente alegre que elas já estejam familiarizadas. Backes; Lunardi Filho e Lunardi (2006) trazem que hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela usuária, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade.

Em 2006, aconteceu a reforma da Brinquedoteca, com campanha para arrecadação de novos brinquedos e materiais lúdicos. Esse ambiente ganhou mais destaque e importância no ambiente hospitalar com a criação da Lei nº. 11.104, sancionada no dia 21 de Março de 2005, que prevê a obrigatoriedade de Brinquedotecas em hospitais com internação pediátrica. Representando um grande avanço para o contexto hospitalar da internação infanto-juvenil,

visto que a importância desses ambientes no êxito terapêutico dos internos está cada vez mais conhecida e comprovada.

O mobiliário

Em maio de 2005 diante de um problema enfrentado pelo hospital, foi apresentado aos trabalhadores e voluntários, o projeto de doação de toras para confecção de bancos para acomodação dos usuários, pois existia carência de acomodações enquanto o usuário aguardava pelo atendimento e também no refeitório existiam poucos assentos para a equipe de trabalhadores. A doação de madeiras pelos voluntários proporcionou a confecção de bancos e mesas e foram distribuídas no refeitório, recepção tanto de laboratório, ambulatório, emergência e para os acompanhantes nas enfermarias.

Esta estratégia contribuiu para evidenciar o princípio da ambiência, proporcionando um ambiente confortável e diferenciado, pois em muitos hospitais públicos da região os acompanhantes e visitantes não encontram este espaço. Segundo Brasil (2007a), não basta garantir o direito a acompanhante, é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los, nos diversos ambientes das unidades, de maneira que eles possam também ter momentos de encontros, diálogos e relaxamento. Para essa nova concepção de modelo de atenção e gestão, que considera a importância da ambiência para a saúde das pessoas, é necessário, além de um novo modo de operar, um arranjo espacial adequado a essa organização, que só é possível com a participação da equipe no processo de reflexão e decisão para a construção das áreas, das práticas e dos processos de trabalho.

A participação da comunidade rolimourense nas estratégias apresentadas pelo hospital mostra a sensibilidade e compromisso com a sociedade/comunidade e saúde pública. Mas tudo isto é possível devido ao modelo de gestão que ao longo dos anos, vem pautando em uma gestão participativa, estimulando esta integração entre os diferentes segmentos sociais.

Musicoterapia

O Projeto Musicoterapia foi implantado no centro cirúrgico do hospital com objetivo de promover a humanização do ato cirúrgico, pois a música auxilia na recuperação da saúde e melhora as relações sociais e ambientais. Para execução deste projeto, contou com o

empréstimo do aparelho de som e do CD de Reiki por um dos trabalhadores. A música era colocada no momento em que a equipe realizava os procedimentos cirúrgicos no usuário, propiciando um ambiente acolhedor e tranquilo. Corrobora Vasconcelos (2004) que a música estimula o desempenho da endorfina e diminui o batimento cardíaco. Por exemplo, música clássica tocada em ambientes cirúrgicos tem mostrado diminuir a ansiedade do usuário e até mesmo a necessidade de anestesia.

Esta estratégia além de evidenciar o princípio do acolhimento e ambiência, propiciando ao usuário um atendimento diferenciado, também apresenta a confluência entre os eixos gestão e atenção que permeiam a PNH enquanto práticas indutoras de humanização. O eixo da gestão é traduzido pelas práticas desde o ambiente físico acolhedor por meio da música até a participação dos trabalhadores tanto no empréstimo dos recursos utilizados e na interação e descontração entre a equipe. Já o eixo da atenção permeia além da assistência propriamente dita recebida pelo usuário, o acolhimento em forma de conforto, bem estar e reciprocidade proporcionada pela equipe de trabalhadores.

Projeto Acolher

Em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde lançou o Projeto de Acolher com objetivo de proporcionar acolhimento aos usuários que buscam por vários serviços das Unidades Básicas de Saúde, Policlínica, Hospital Municipal Amélio João da Silva e Casa da Gestante. O projeto era formado por uma equipe de profissionais, para receber os usuários e ouvir as suas demandas, buscando formas de compreender e identificar suas necessidades de saúde e procedendo com encaminhamentos para serviços específicos internos e/ou externos.

O Plano Municipal de Saúde vigente contempla este projeto e mostra no objetivo “melhorar o acesso a serviços de saúde da atenção básica e hospitalar” a intenção de implementar esta ação.

Como estratégia de ação do Projeto Acolher, o acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Policlínica e Hospital Municipal João Amélio da Silva deverá ser por equipe técnica e não administrativa, permitindo a avaliação das necessidades de saúde e avaliação clínica dos casos novos durante todo o horário de funcionamento do serviço, não considerando somente a hora de chegada do usuário e sim a gravidade ou sofrimento do mesmo.

A equipe do projeto não poderá dispensar os usuários na recepção, deve ouvir a queixa, tentar qualificar e identificar as necessidades do usuário. Devem dar resposta e ou orientação que nem sempre é consulta médica. Os agendamentos de consultas não serão mais realizados em alguns dias do mês, e sim de acordo com avaliação da Equipe Técnica de Acolhimento.

Os trabalhadores que foram sugeridos para compor a equipe de acolhimento são: 01 assistente social e/ou psicóloga, 01 enfermeiro, 01 médico na retaguarda para avaliação clínica e 01 técnico ou auxiliar de enfermagem. Pelo alto grau de estresse que a equipe sofre quanto ao atendimento direto ao usuário e, visando implantar um serviço de qualidade, são necessárias duas equipes atuando em sistema de plantão ou dias alternados.

O Projeto Acolher vem ao encontro com o que alguns autores têm ressaltado sobre a importância de expandir as fronteiras das propostas de acolhimento para além dos limites da atenção básica em saúde. Solla (2005) considera que a implantação do acolhimento não deve se restringir às unidades básicas de saúde e outras portas de entrada do sistema de saúde, mas pressupõe uma postura de receber bem e resolver o problema dos usuários do SUS no Sistema Municipal de Saúde como um todo. A diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas devem permear todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgência, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva.

4.3.6 Projeto qualidade do atendimento (participação do usuário)

Em 2006 a instituição desenvolveu o projeto voltado à qualidade do atendimento, sob a percepção dos usuários, com objetivo de verificar aspectos mais importantes do atendimento, bem como apontar problemas na unidade e nortear ações pertinentes para o aprimoramento de tais serviços. A amostra foi composta por 100 (cem) usuários que utilizaram os serviços entre os meses de maio a agosto do decorrente ano, sendo estes que se encontravam internados ou que realizaram apenas consultas ou exames médicos. Verificou-se como ponto forte do hospital a limpeza, relacionamento com os funcionários, número de leitos nos quartos, cuidados da enfermagem e rapidez no atendimento médico hospitalar. E os

pontos fracos detectados na pesquisa foram falta de conforto nas instalações, alimentação, ventilação, demora no agendamento dos exames e aparelhagem hospitalar.

Após a distribuição dos questionários de pesquisa e levantamentos de dados iniciaram-se as atividades de melhorias das condições de trabalho, por intermédio da comissão de humanização. A primeira melhoria realizada foi quanto à qualidade e diversificação da alimentação tanto no almoço quanto no café, e mediante o possível, novos cardápios foram sendo implantados para melhor qualidade das refeições.

Ainda, com foco nos resultados da pesquisa de opinião dos usuários e na tentativa de diminuir o tempo de agendamento e atendimento, foi desenvolvido o projeto com objetivo de diminuir a concentração do fluxo de usuários na entrada de atendimento emergencial e urgência do hospital. A Casa da Gestante que fica no pátio do hospital municipal tinha algumas salas desocupadas e então redistribuíram os atendimentos de Assistência Social, Neurologia e Psicologia para este prédio, diminuindo o fluxo de usuários na triagem e recepção da Ortopedia, que ficavam na recepção de emergência e urgência aguardando o atendimento. Esta estratégia teve a participação dos trabalhadores com sugestões, resolvendo assim o problema de aglomeração de usuários na recepção do hospital e também da utilização de salas que estavam ociosas na Casa da Gestante.

Esta estratégia propiciou aos usuários e trabalhadores a visualização e benefícios dos princípios acolhimento, ambiência e a democratização da gestão do cuidado pela participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter. (PINHEIRO, 2003 *apud* GOMES e PINHEIRO, 2005).

Após a análise dos resultados do projeto qualidade do atendimento aos usuários, várias estratégias foram realizadas, como o projeto “Adote uma Enfermaria”, “treinamento dos trabalhadores” e, ativação da casa da gestante.

Como as instalações físicas foram indicadas pelos usuários com sendo uma das formas de desconforto no atendimento hospitalar, a comissão acreditou que o oferecimento de melhores condições nas acomodações das enfermarias daria resposta às solicitações dos pesquisados.

Adote uma Enfermaria

O projeto “Adote uma Enfermaria” foi realizado com parcerias firmadas com pessoas da comunidade sendo físicas ou jurídicas, a exemplos de comerciantes, empresários, pessoas comuns que tinham o interesse de se unir, para o bem comum na melhoria das condições físicas da unidade, como melhorias dos banheiros das enfermarias, pintura, ventiladores e outros reparos necessários que contribuíssem para a melhoria da confortabilidade da internação do usuário. Os parceiros do projeto receberam uma menção honrosa, da unidade hospitalar como membros da sociedade que abraçaram a causa social da saúde pública do município.

Para Toledo (2007), buscar parcerias também pode ser um grande auxílio na tarefa de envolvimento do sujeito com seu meio, seja por meio de atividades, educação, tratamento ou lazer. Por isso a importância de refletir o que impede que se faça um trabalho além dos muros da instituição, a que ou a quem tem sido atribuída à dificuldade de realização dessa tarefa.

Os benefícios deste projeto foram: melhores acomodações hospitalares, contribuição com a ambiência, possibilitando um espaço mais aconchegante durante o período da internação proporcionando mais segurança e diminuição do risco de infecção hospitalar e estresse dos usuários internados.

Projeto treinamento dos trabalhadores

A instituição também promoveu o treinamento com as equipes de recepção e vigia (portarias), objetivando melhor atendimento do usuário. Os trabalhadores desta categoria receberam com entusiasmo o treinamento e ao término foram certificados pela sua participação. Segundo Brasil (2006b) o princípio democratização da gestão traz que o hospital deve criar mecanismos e processos de educação permanente para os trabalhadores visando à competência técnica e humana.

O treinamento foi realizado em duas fases, sendo que neste segundo momento participaram todas as categorias, pois o foco foi voltado à humanização e atenção ao parto e nascimento. O objetivo deste treinamento foi de proporcionar aos participantes a importância

da humanização hospitalar e da atenção às usuárias que se encontram em trabalho de parto, focando na ansiedade da mãe e o apoio psicológico e assistencial. Também discutiram sobre a importância do parto normal e os problemas enfrentados pelo hospital devido à carência de obstetras, e com isto há um incentivo maior por cesáreas.

A comissão discutiu sobre a importância do aleitamento materno e apresentou um novo projeto para a equipe voltado ao atendimento diferenciado às usuárias que perderam o seu bebê ou que apresentam alto risco. Decidiram neste treinamento, que fariam um quarto especial para as usuárias que necessitasse deste serviço e teriam assistência psicológica e social, bem como apoio à família.

4.4 As estratégias que estruturam os eixos da gestão e atenção

A execução e implementação de qualquer política impõem ruptura de paradigmas, criação de novas possibilidades, coerência de objetivos, adesão de gestores, usuários e trabalhadores e que necessariamente exige tempo, vontade política e engajamentos dos trabalhadores e usuários. Desde a implantação da humanização em 2001, a instituição já desenvolveu várias estratégias na direção da consolidação dos princípios ambiência, acolhimento e democratização da gestão, estruturando os eixos da gestão e atenção.

As estratégias que estruturam os eixos da gestão e atenção nas novas práticas de humanização, não permeiam todos os setores do hospital. Merece destaque o número de estratégias relacionadas aos setores de Pediatria e Maternidade. Nestas estratégias, nota-se que o eixo da gestão está mais estruturado na instituição do que o eixo da atenção, talvez, pela delimitação do tema que não contempla os princípios da resolutividade e vínculo que dão suporte à atenção do usuário.

As evidências apontadas como norteadoras do eixo da gestão incluem a participação dos trabalhadores e usuários em várias estratégias; a interação entre os atores envolvidos no processo de atenção à saúde; a gestão participativa que vai além o espaço geográfico estudado, a exemplo da participação de entidades, comunidade geral e empresarial; ambiência enquanto construção de espaços tanto físico, como de conforto e interação. Cabe destacar que o eixo da atenção também está estruturado, porém mais timidamente que o eixo da gestão,

sendo notado nas estratégias que possibilitam integralidade das ações de saúde; acolhimento e ambiência que possibilitam a presença de acompanhantes e visitantes.

4.5 A percepção dos trabalhadores da saúde

Com relação ao conhecimento da Política Nacional de Humanização 53,75% responderam que conhecem a política. Nota-se que há um grande desconhecimento por parte dos trabalhadores em relação às propostas de humanização do SUS que foram implantadas e divulgadas pelo Governo Federal desde 2001. Em relação ao conhecimento das iniciativas de humanização desenvolvidas pelo hospital municipal João Amélio da Silva, 70% desconhece os projetos ou ações. Apesar da maioria dos trabalhadores da saúde responder que conhecem a PNH, segundo os princípios norteadores do SUS, existe uma grande lacuna em relação ao conhecimento das ações que o hospital desenvolve. Então questiona se realmente estes profissionais conhecem a fundo os princípios que norteiam da PNH, pois dizem ser conhecedores da política, mas não conseguem identificar ou visualizar tais ações que o hospital desenvolve.

Quando questionados quanto à participação em projetos com a finalidade de humanização, apenas 16,88% dos entrevistados responderam que participam ou já participaram. Verifica-se neste caso que não há uma compreensão por parte dos trabalhadores quanto aos projetos que o hospital desenvolve na direção dos princípios da PNH, podendo ser por falta de conhecimento e informação destas estratégias ou por falta de engajamento dos mesmos. Segundo Morita; Marx e Bento (2003, p. 98), “humanizar significa mudar os paradigmas de gestão, possibilitando aos trabalhadores o acesso a uma participação mais efetiva nos processos que envolvem tomadas de decisões, definição de tarefas e construção de projetos concorrentes a sua esfera de ação”. A comissão de humanização juntamente com os gestores, poderá promover ações de forma participativa, incluindo a divulgação das atividades em todos os setores bem como incentivar a participação de todos os trabalhadores.

No tocante a treinamentos recebidos, apenas 20% dos entrevistados responderam que já participaram de algum tipo de capacitação oferecido pelo hospital com a finalidade de humanização hospitalar. Em 2006, a instituição promoveu o treinamento para os trabalhadores de diversos setores e categorias com a finalidade de fortalecimento do programa de humanização do parto. Conforme análise documental, apenas 23% do total de trabalhadores

da instituição, participou deste treinamento. Em setembro de 2007, a coordenadora da comissão participou do treinamento estadual de humanização, realizado na capital do Estado, município de Porto Velho.

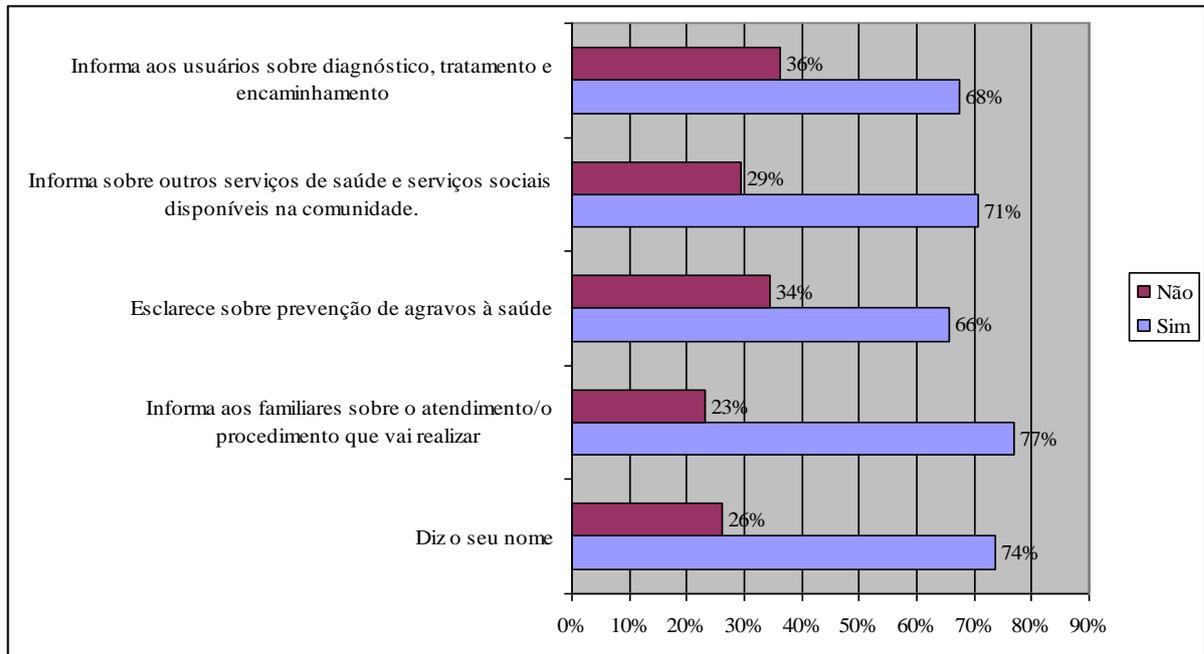


Figura 4: Forma de comunicação entre trabalhadores e usuário, RM (2007)

Apesar da maioria dos trabalhadores responderem que não tem conhecimento da Política Nacional de Humanização e das estratégias desenvolvidas pelo hospital, nota-se que prevalecem ações cotidianas que induzem as práticas humanizadoras no ambiente, conforme Figura 4.

Quando o trabalhador se apresenta ao usuário, presta esclarecimentos quanto ao seu estado de saúde, ou mesmo informa ao usuário ou aos seus familiares sobre quais procedimentos irá realizar, evidencia o princípio do acolhimento que segundo Vieira (2006) é um modo de operar processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, bem como prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando quando for o caso, o usuário e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia deste encaminhamento.

Corroborando Sousa Santos (2005, p. 23), quando traz que a filosofia da Política Nacional de Humanização é deixar o usuário o mais próximo possível do sistema de saúde. Segundo a

política, todo usuário tem direito de saber quem são os trabalhadores que o atendem. “Esse é o princípio da responsabilização. Cria-se mais vínculo do usuário com o trabalhador de saúde”.

O princípio do acolhimento engloba informações prestadas aos usuários e/ou familiares sobre diagnóstico, tratamento ou encaminhamento de serviços disponíveis na comunidade. Dos entrevistados, 71% dizem proceder e praticar estas estratégias. Para Brasil (2006a), acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

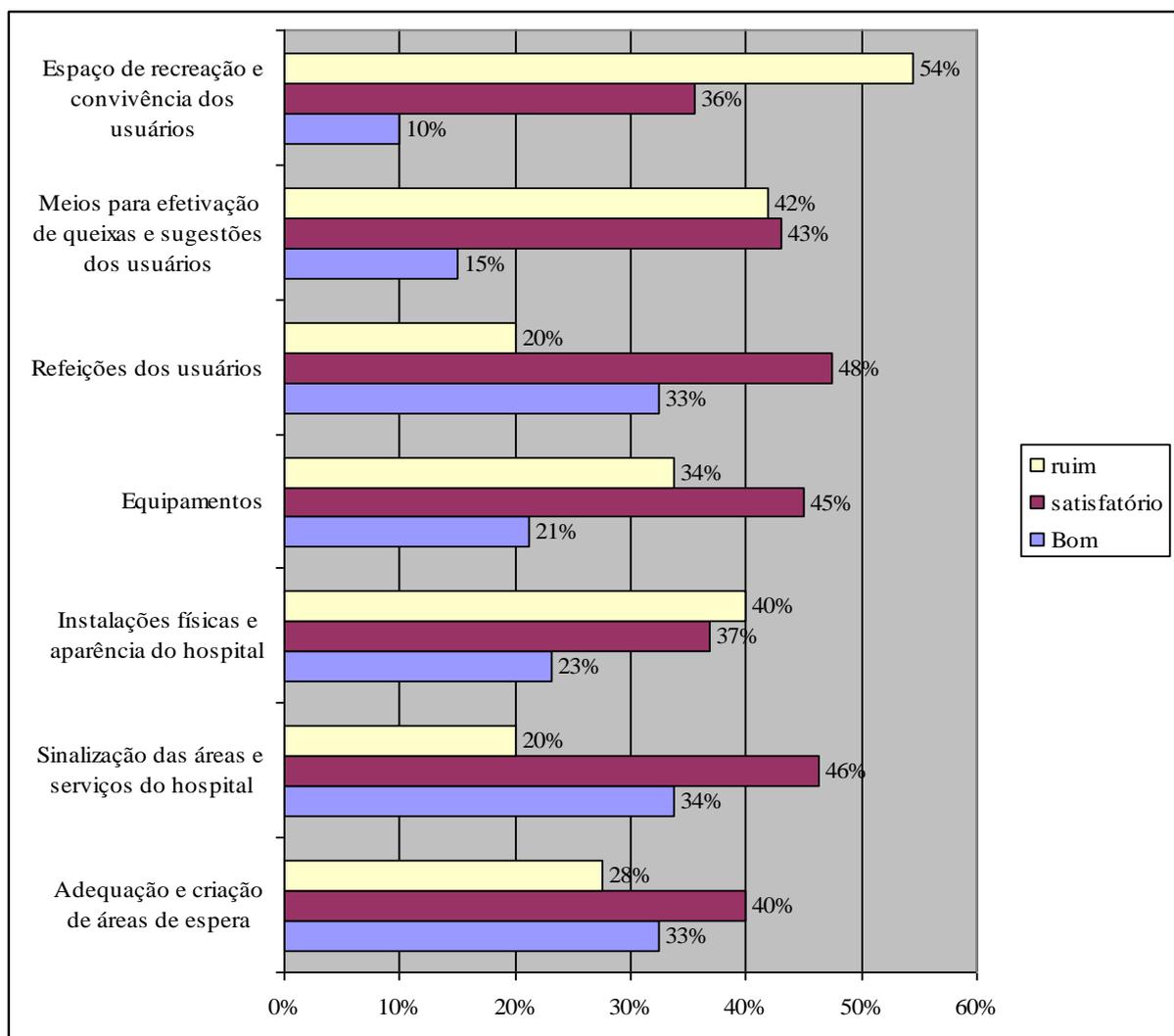


Figura 5: Percepção dos trabalhadores quanto às instalações físicas, RM (2007)

Quanto às condições da estrutura física, pode-se dizer que apresentam boas condições, pois passou por uma reforma em alguns setores nos últimos cinco anos. Mesmo assim, apresenta um espaço frio, pouco acolhedor, devido às cores utilizadas no interior do hospital onde predomina o bege no barrado inferior e o branco na parte superior, assim como no teto. Esta aparência nostálgica pode refletir na percepção da maioria dos trabalhadores quando responderam que o ambiente físico do hospital é ruim para satisfatório. Diferentemente de boa parte do hospital, a pediatria apresenta um aspecto mais acolhedor, com pinturas com motivos infantis proporcionando às crianças internadas um ambiente lúdico e mais propenso a sua recuperação. Segundo Brasil (2007a) as cores estimulam os sentidos e podem encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, pode-se compensar sua falta ou minimizar seu excesso.

A combinação de cores mais vivas como azul ou verde nos interiores do hospital, podem tranquilizar tanto usuários como trabalhadores e dar a sensação de um ambiente mais acolhedor. Segundo Vasconcelos (2004), um ambiente visual que utiliza cores e sombras variadas é um caminho para proporcionar interesse e estimulação para os usuários e constituir um espaço mais produtivo.

No que se refere à sinalização o Hospital Municipal Amélio João da Silva apresenta boas condições. Cada sala é sinalizada com placas de identificação, bem como os locais de alto risco, permitido apenas a presença de trabalhadores de saúde. Verificou-se a existência de extintores em todas as alas e sua identificação em boas condições.

A sala de espera é ampla, com acesso para portadores de necessidades especiais em boas condições e locais para o usuário sentar enquanto aguarda o atendimento médico que leva em média 30 a 40 minutos quando há uma grande procura. A sala de espera é equipada com aparelho de televisão e devido às características arquitetônicas apresenta uma boa iluminação e ventilação artificial e natural. Ao entrarem na sala de espera ou recepção os usuários se dirigem espontaneamente para o balcão onde estão os trabalhadores. Verificou-se que todos os atendimentos são realizados com os usuários em pé, pois não há cadeiras próximas aos balcões e estes são altos demais. Os trabalhadores, geralmente em número de dois, atendem aos telefonemas, ao público, preenchem formulários e nos horários de alta hospitalar são responsáveis pela documentação entregue nesta hora aos usuários. Para Hoga

(2004) a humanização do processo de acolhimento depende também da atuação adequada e da receptividade demonstrada por todos os trabalhadores que entram em contato direto ou indireto com os usuários. Inclui que compõem o serviço de segurança hospitalar, os recepcionistas, telefonistas, entre outros.

O hospital não possui espaço de convivência e recreação dos usuários e nem tampouco meios para efetivação de queixas ou sugestões, vindo a contrariar o que a PNH traz que o ambiente hospitalar deve favorecer a criatividade, a participação e o bem estar dos usuários (BRASIL, 2007a). Ainda, deve-se pensar em salas onde o usuário, em condições, possa receber visita fora do leito e a incorporação nos projetos, de espaços que sejam capazes de acolher os visitantes e acompanhantes.

A falta de equipamentos e o estado de conservação geram grandes disfunções. Existe falta de cadeiras de rodas e várias delas estão sem condições de uso. As camas são antigas, muitas, desde a inauguração do Hospital e apresenta controle de elevação manual, o que demanda grande esforço físico dos trabalhadores e usuários. As macas sem proteção lateral expõem tanto usuário como trabalhador a riscos de acidentes. A falta de suporte para soro com rodízio impossibilita o deslocamento dos usuários, tornando-os mais dependentes dos trabalhadores.

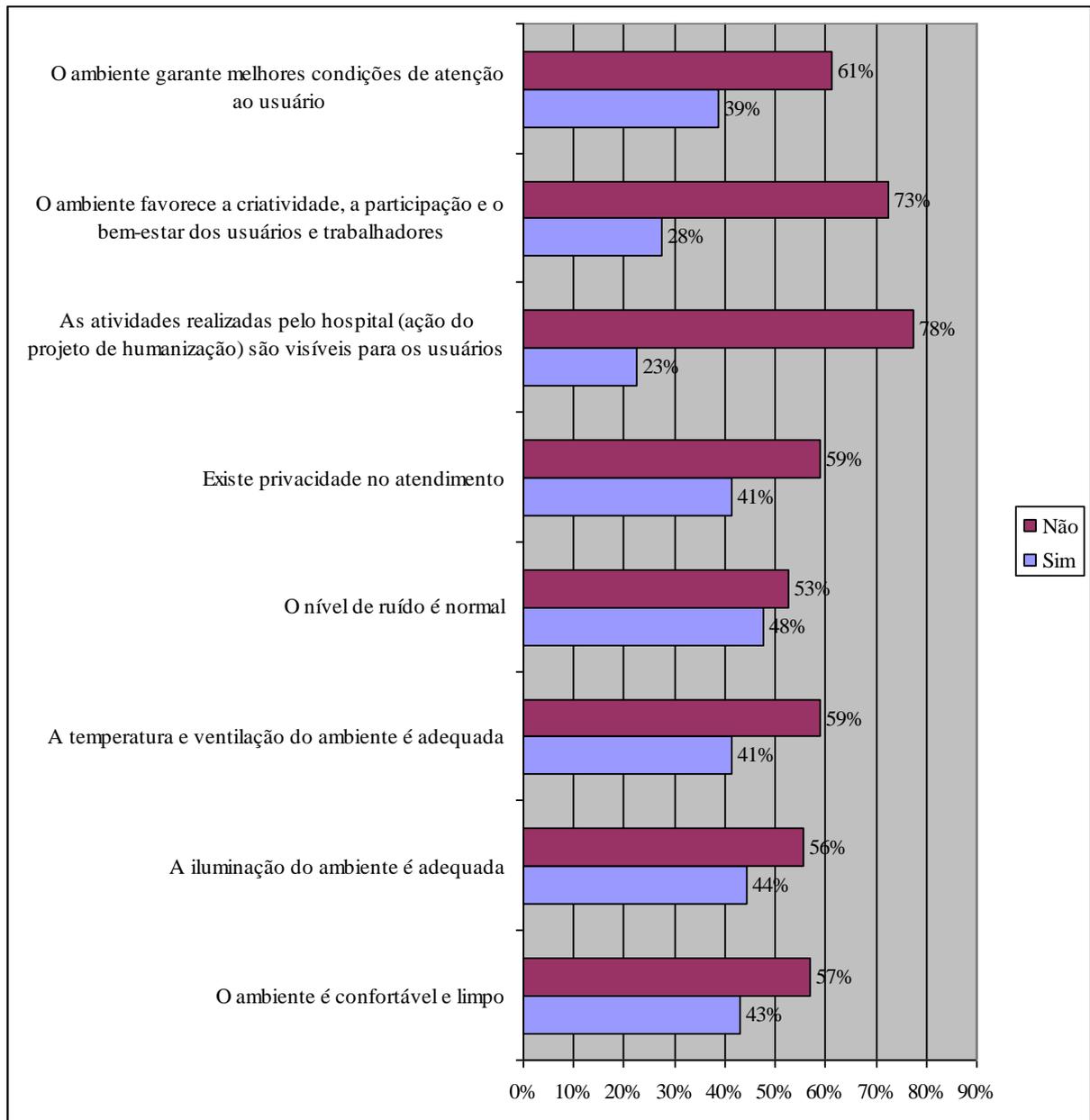


Figura 6: Percepção do trabalhador quanto à ambiência do hospital, RM (2007)

No que diz respeito à ambiência do hospital, os resultados mostram que não existe privacidade no atendimento; a iluminação, a temperatura e a ventilação são inadequadas; o nível de ruído é acima do normal. Porém, na visão dos trabalhadores a ambiência não está tão ruim assim no que diz respeito aos usuários. Cunha (2004) comenta que o fato do ser humano possuir facilidade para se adaptar às mais diversas situações ambientais, por isso, em muitos hospitais, o que acontece é uma aceitação dos trabalhadores e usuários às instalações, mesmo não contando com o auxílio destas para o desempenho de suas atividades, o que provoca uma queda na produtividade.

Um percentual de 61% de trabalhadores acredita que o ambiente não garante melhores condições de atenção aos usuários, talvez baseados pela falta de privacidade no atendimento. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a), na Cartilha Ambiência ressalta a importância de criar ambiências, que conheçam e, respeitem os valores culturais referentes à privacidade, autonomia e vida coletiva da comunidade em que está se atuando. Deve-se construir ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis.

Quanto à limpeza do ambiente, apresenta boas condições, pois existe equipe de higienização 24 horas, deixando o ambiente sempre limpo e cheiroso. Observou-se que existem instalações sanitárias em condições satisfatórias tanto para os usuários quanto para os trabalhadores do hospital. Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a) um ambiente confortável e acolhedor também pressupõe possibilitar acesso dos usuários a bebedouros e às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências.

Já as demais salas internas como consultórios, enfermarias e salas de emergência e urgência são pouco iluminadas e ventiladas, trazendo desconforto aos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. A Cartilha Ambiência (BRASIL, 2007a), traz que a iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante quando se explora os desenhos e as sombras que proporcionam. Falk *et. al.* (2006), complementa que a ambiência refere-se ao espaço físico, social, profissional e inter-relacional. Por exemplo, abrange elementos como iluminação, som, cores, privacidade, conforto, formas, espaço, trabalho em equipe, visitas e acompanhantes, informações, sinalização, acesso, respeito à cultura e às diferenças.

Pelo fato do hospital estar em um local centralizado, o nível de ruído é muito grande, podendo até, atrapalhar o descanso dos usuários internados e a concentração da equipe de trabalhadores da saúde. Os ruídos são oriundos de fatores externos como buzinas, carros, som e também de fatores internos como aparelhos ligados, movimentação de equipamentos e conversas, principalmente nos horários de visitas. Evidências científicas demonstram que um hospital barulhento, confuso, sem privacidade e que não permite ao usuário controlar seu ambiente imediato, prejudica-o reduzindo sua sensação de autonomia, o que pode causar

depressão, passividade, aumentar a pressão arterial e reduzir a funcionalidade do sistema imunológico. (ULRICH, 1990 *apud* VASCONCELOS, 2004).

Outro fator a ser destacado é a visibilidade pelos trabalhadores e usuários das estratégias de humanização. Na visão dos trabalhadores (78%) elas não são visíveis, vindo ao encontro do desconhecimento quanto aos projetos de humanização. Ressalta-se também a importância de um trabalho de comunicação e divulgação destas estratégias por parte da equipe de humanização, pois a falta de divulgação ficou evidenciada em verbalizações, conforme se observa no extrato da verbalização:

“Uma falta de comunicação e acesso ao projeto de humanização” (E15).

“Uma falta de comunicação, divulgação e acesso a todos ao projeto de humanização. Apenas surgimento de faixas e cartazes dizendo que a unidade é humanizada não é suficiente” (E64).

“Falta de divulgação” (E120).

“Falta de comunicação e consideração com todo profissional” (E1).

“Falta de diálogo e entendimento com os funcionários” (E33).

“Falta de esclarecimento” (E91).

As verbalizações evidenciaram que a comunicação é um fator preponderante para disseminação de uma cultura humanizada, conforme comenta Conceição *et al* (2006) que a falta de padronização na comunicação entre os subsistemas de um hospital é reconhecida como uma das grandes causas do insucesso na comunicação entre os profissionais de saúde e a organização. O resultado é a deficiência na qualidade da informação, definida como perda de seu valor e relevância, assim como predispõe a ambigüidades e dificuldades na troca de informações entre os subsistemas organizacionais de saúde.

Ainda, quanto à visibilidade dos trabalhadores em relação às estratégias de humanização, 22% responderam que elas são visíveis destacando a Brinquedoteca; Parto Humanizado; Acompanhamento ao Idoso e Gestante; Alojamento Conjunto; comemoração de datas especiais como aniversário dos trabalhadores, dia das crianças, Natal, Festa Junina e

outras; Ajuda aos funcionários e usuários do hospital; Incentivo ao Aleitamento Materno; Adote uma Enfermaria; Palestra sobre Humanização. Dentre as estratégias acima citadas, as mais visíveis são a Brinquedoteca, Adote uma Enfermaria, Acompanhamento ao Idoso e Gestante e comemoração de datas especiais, sendo destacados pela maioria dos trabalhadores como iniciativas de humanização que o hospital desenvolve.

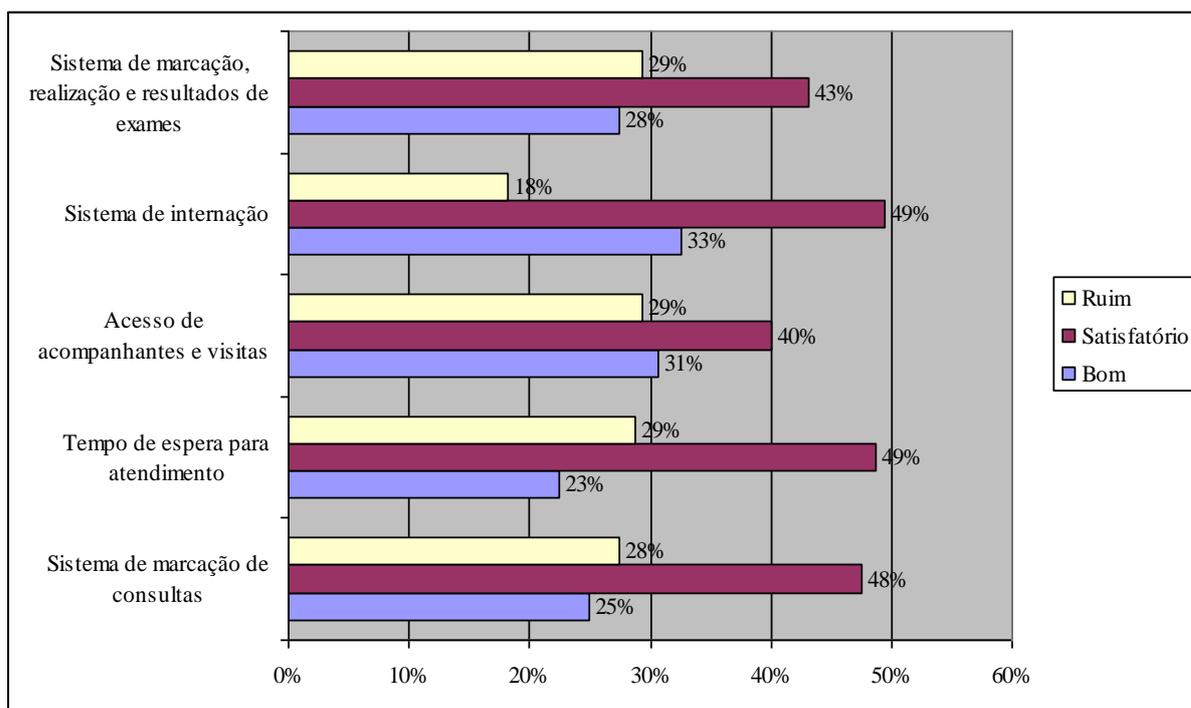


Figura 7: A percepção dos trabalhadores quanto ao acesso aos serviços, RM (2007)

Apesar da PNH incentivar a presença de acompanhantes e o incentivo ao sistema de visitação aberto, o hospital mantém a forma tradicional de visitação nos horários estabelecidos e acompanhamento permitido apenas para os segurados por lei, no caso de idosos, crianças e parto, ou casos especiais onde o usuário não tem condições de ficar sem a presença de um acompanhante. Com isto, verifica-se a necessidade da instituição trabalhar este quesito, pois o acolhimento é um dos princípios norteadores da política de humanização do SUS.

O tempo médio de espera dos usuários para serem atendidos, conforme observação *in loco* é de 30 a 40 minutos em média e acontece pelo sistema de chegada. Este intervalo de tempo é entre a chegada à recepção e a consulta com os médicos na sala de admissão, pois depende de alguns fatores como o volume de pacientes que procuram o atendimento, o número de médicos que compõem a equipe de plantão, o trabalho que os mesmos estão tendo no atendimento ao usuário internados. Apesar deste tempo de espera ser considerado relativamente alto para alguém que busca um serviço de saúde, os trabalhadores responderam que consideram satisfatórios, tanto o sistema de marcação de consulta, quanto o tempo de

espera dos usuários. Matumoto (1998) *apud* Ramos e Lima (2003) apresentam o acesso aos serviços como uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca de satisfação de uma necessidade de saúde. A partir das relações que se estabelecem no atendimento, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) para ter um serviço acolhedor é necessário a adoção de mecanismo de monitoramento e redução do tempo de espera e de filas. Vale ressaltar que não identificou nenhum mecanismo adotado pelo hospital pesquisado de redução de filas e tempo de espera, apesar dos entrevistados avaliarem as condições de acesso e prestação dos serviços como satisfatório.

Outro fator a ser analisado é o sistema de marcação de consulta, pois segundo Brasil (2006a) o atendimento deve ser feito por classificação de risco, ferramenta utilizada para proporcionar a atenção por nível de gravidade e não por ordem de chegada.

A espera dos usuários pelo atendimento médico na recepção do hospital transforma este espaço num local de convívio onde ocorre troca de informações, de escuta e de solidariedade mútua diante dos relatos. Para Ferreira (1975), acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

A recepção funciona também como um local de manifestação de contrariedade sobre a falta de vagas, a demora ou a qualidade do atendimento, sendo um anteparo entre os usuários e a equipe médica. Os trabalhadores para minimizar sua exposição ao conflito com os usuários devem adotar mecanismos de enfrentamento dessas situações. Conforme D’Aguiar (2001) um o pano de fundo do acolhimento é a satisfação do usuário, isto é, o nível ou grau de resolução de suas expectativas quanto aos serviços oferecidos.

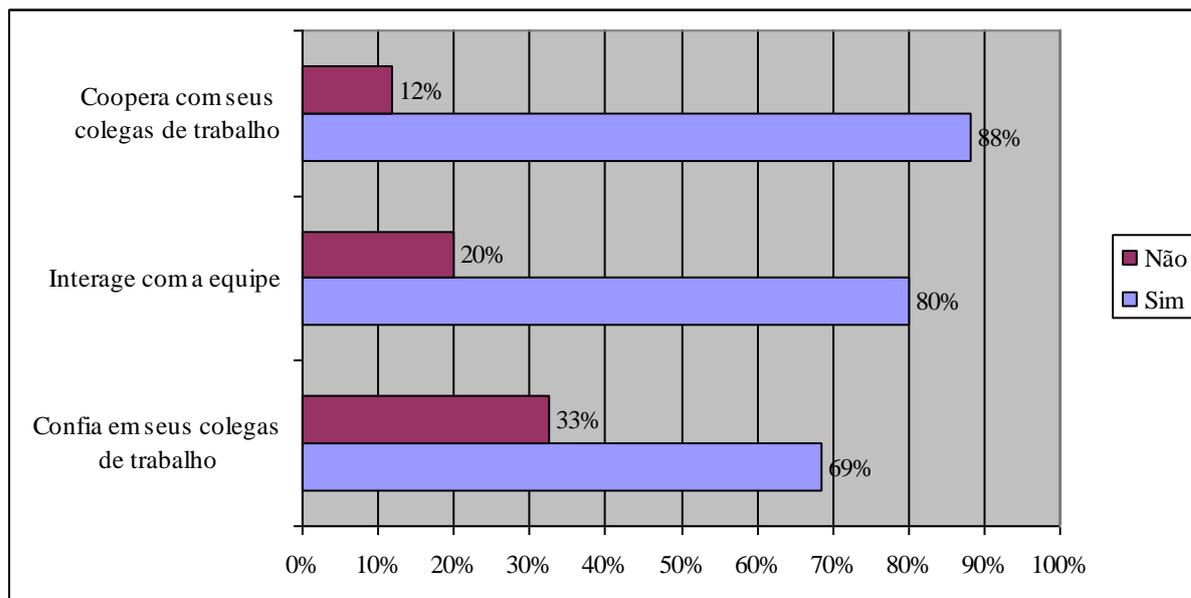


Figura 8: Percepção quanto à interrelação dos trabalhadores, RM (2007)

Quanto ao processo de valorização dos trabalhadores da área da saúde, o ambiente vem oportunizando a construção de diferentes espaços de cuidado com os profissionais, onde os mesmos destacam a interação, a cooperação e a confiança, visualizadas na figura 08, como estímulo de atenção e cuidado proporcionado pela política. Segundo Mota, Martins e Vêras (2006), a humanização hospitalar começa com a qualidade humana das relações entre todos os seus trabalhadores.

Conforme observação e percepção dos trabalhadores o ambiente do hospital apresenta um local de convívio cooperativo, onde uns motivam e cooperam com o trabalho dos outros, gerando integração da equipe e espaço de confiança mútua. Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006), comentam que o profissional da saúde, ao refletir sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, pode inserir-se na realidade, de uma maneira mais crítica e consciente. Problematizar e concretizar a humanização do ambiente, mais especificamente a partir do trabalhador, implica uma reflexão crítica e dialógica acerca dos princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, de modo a assumirem sua condição de sujeitos e agentes de transformação.

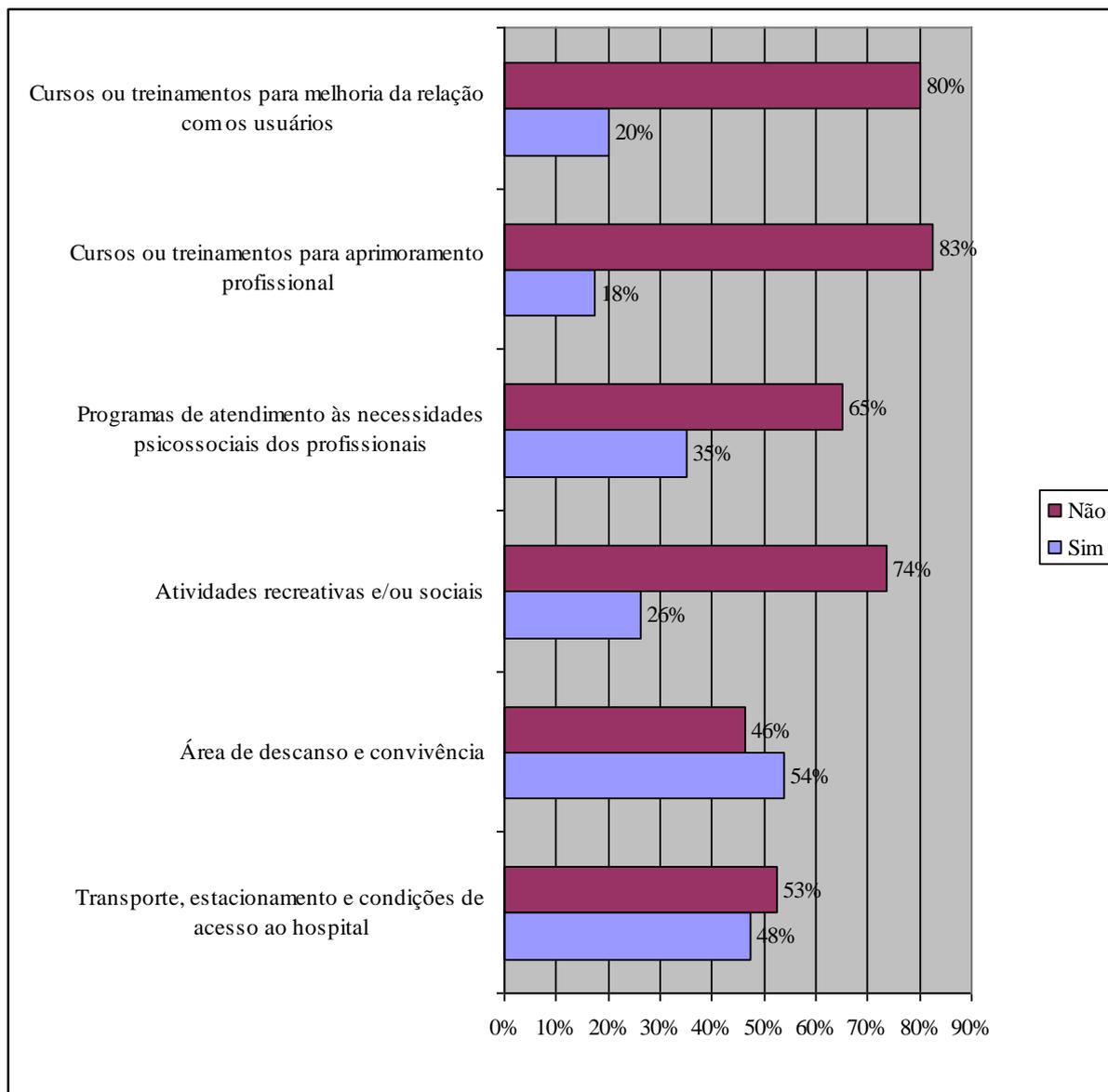


Figura 09: Percepção dos trabalhadores quanto a integração no contexto hospitalar, RM (2007)

Novamente a falta de divulgação das ações de humanização é evidenciada nos resultados da pesquisa de percepção dos trabalhadores. Quanto às atividades recreativas e/ou sociais desenvolvidas no hospital, 74% responderam que desconhecem tais ações. Isto contraria as diversas estratégias realizadas pela instituição com a finalidade de interação e descontração dos trabalhadores. Conforme descrito no tópico anterior, a comissão desenvolve atividades recreativas em comemoração a datas especiais, como Dia das Mães, Dia do Médico, Dia do Funcionário Público, Dia do Enfermeiro, Festas Juninas, Amigo Secreto, Dia dos Pais, dentre outras atividades que a equipe julgar importante. Segundo relatos e observação em arquivos como fotos, nota-se uma participação da maioria dos trabalhadores nestas atividades.

Outras ações estratégicas estão previstas para serem desenvolvidas e que será prioridade para a gestão 2008, dentre elas, é o programa de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais. Apesar de todo o esforço da equipe e da coordenadora do projeto que é a psicóloga da unidade se colocar a disposição dos trabalhadores, 65% diz não ter conhecimento ou não participa deste programa. Backes; Lunardi e Lunardi Filho (2006) apontam que a ênfase na pessoa humana do trabalhador, como uma das mais importantes vantagens competitivas de qualquer instituição, requer dos gestores o estímulo às iniciativas, a proximidade nas relações e a flexibilidade para compreender o ser humano em suas inquietações e perspectivas de vida. Corroboram Bettinelli, Waskiewicz, Erdamnn (2004) que humanização é ser reconhecido e ouvido pela administração, ou seja, humanização é a administração estar próxima dos trabalhadores, para conhecer as suas angústias e necessidades.

O hospital não oferece transporte para os trabalhadores, mas há um amplo estacionamento e acesso para carros, motos e bicicletas. A área de descanso é satisfatória e o espaço de convivência utilizado é o refeitório. Segundo os resultados da pesquisa, a maioria dos trabalhadores (54%) está satisfeita quanto aos espaços de convivência e descanso oferecidos pelo hospital. A Cartilha Ambiência (BRASIL, 2007a) ressalta a importância de se criar/adaptar espaços coletivos destinados a reuniões, orientações, palestras, oficinas e outros equivalentes.

O Plano Municipal de Saúde prioriza a educação continuada dos trabalhadores da saúde, inserindo em seus objetivos a “capacitação e atualização de recursos humanos” do período de 2006 a 2009, porém até o momento os investimentos nesta área ainda são precários. Dos entrevistados, 83% responderam não receber treinamentos para aperfeiçoamento profissional e nem tampouco cursos e/ou treinamentos voltados ao atendimento dos usuários. Provavelmente motivados por um paradigma mecanicista, em que acreditam que os treinamentos são apenas técnicos (área de atuação) e não leva em consideração a capacitação de aprimoramento humano. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) os estímulos à democratização institucional como eixo norteador para implantação/implementação horizontal da PNH, deve atender as ações de existência de mecanismos e processos de educação permanente para os trabalhadores visando competência técnica e humana.

Constata-se que a principal disfunção na promoção do trabalhador está em compatibilizar os serviços de atenção à saúde, formação e aperfeiçoamento com as possibilidades reais de usufruírem esses serviços.

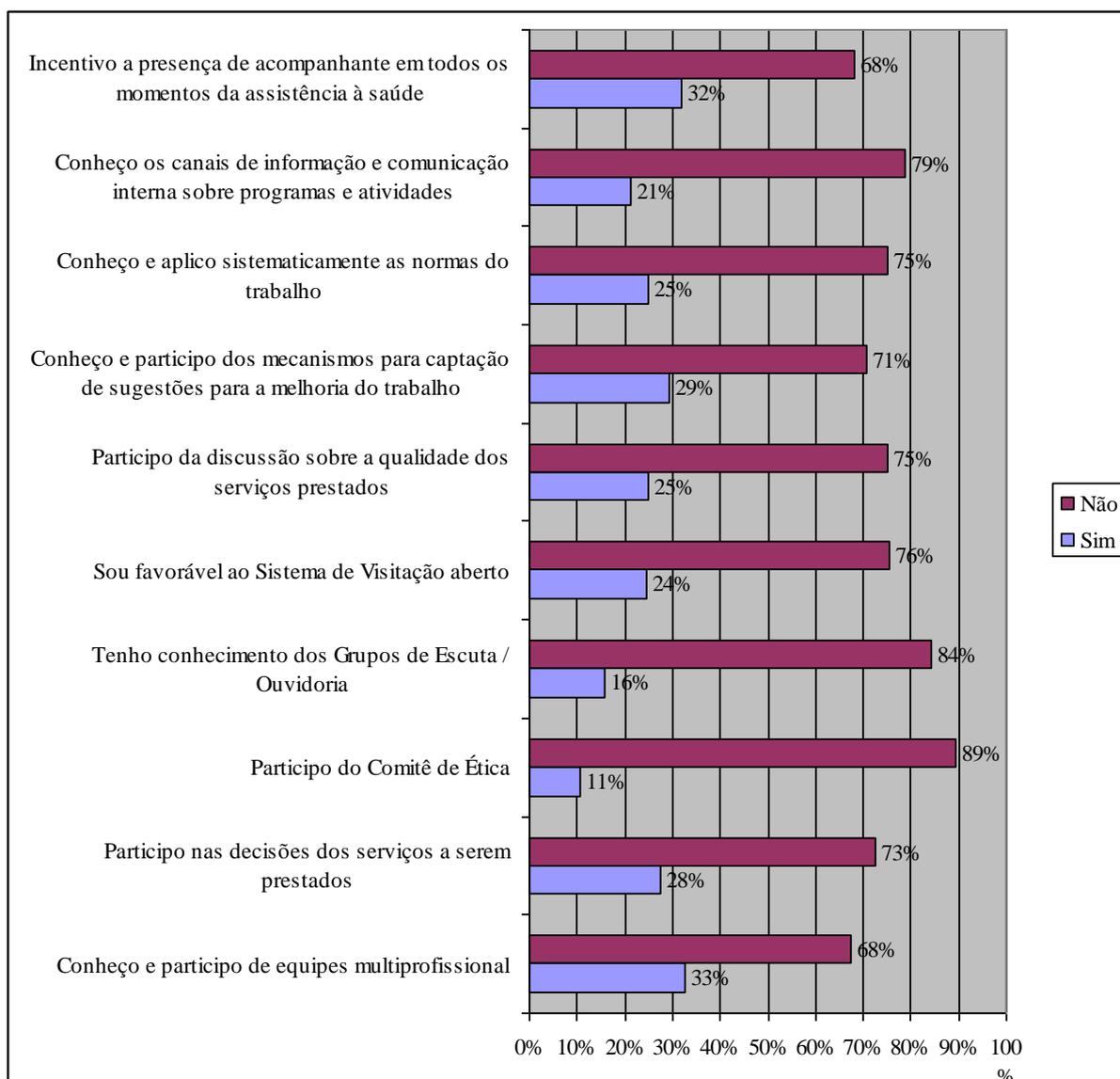


Figura 10: Participação na potencialização das estratégias de humanização, RM (2007)

Quando questionados quanto ao acesso de acompanhantes e visitas a maioria respondeu não, pois discordam com o sistema de visitação aberta e a presença de acompanhantes conforme verbalizações dos entrevistados:

“A presença de acompanhantes nas clínicas adultas por vezes dificulta o atendimento pela falta de preparo e disposição dos acompanhantes que é fundamentalmente regional, pela educação, que são estritamente resistentes a obedecer a normas na instituição como não sentar na cama, fazer amamentação cruzada, ficar ao lado do seu paciente e não andando pelo hospital e nas outras enfermarias” (E81).

“Falta de conscientização dos usuários” (E43).

“O acompanhante e até mesmo o paciente interferem nos procedimentos. Quando se determina que ele não pode sentar no leito, ele não só senta como deita. Quando se determina que ele fique ao lado do paciente que ele está acompanhando, ele visita todas as clínicas e enfermarias”(E151).

A presença de acompanhantes e visitantes representa um dos itens do PNH de maior facilidade de implementação em termos de custos e de adequação da área física. Por outro lado, o livre acesso de acompanhantes aos serviços enfrenta, muitas vezes, restrições de profissionais de saúde. Os resultados obtidos corroboram esta percepção quando os entrevistados mostram que encontram dificuldades na adoção do acesso de acompanhantes e da ampla visitação por parte de parentes, amigos e outros.

O acesso de familiares e amigos ao hospital também revela as dificuldades em se atingir no setor público o grau de acolhimento e suporte que poucos usuários desfrutam em hospitais da rede privada. As rotinas dos serviços são alteradas quando se recebe um número elevado de visitantes e a organização do acesso em favor da maior qualidade da atenção representa um dos principais desafios aos gestores das instituições. O acesso de visitantes, diariamente e segundo horários livres, como propõe Brasil (2006a), o princípio acolhimento, pode ser alcançado a partir de normas amplamente reconhecidas, tais como difundir regras de controle de infecção, comunicação visual de áreas acessíveis e posturas em ambientes hospitalares.

Segundo os dados da figura 10, observam-se práticas não recomendadas pelos princípios de humanização e que persistem, conforme percepção dos trabalhadores quanto ao conhecimento dos grupos de escuta / ouvidoria. Os trabalhadores, 84% dizem não ter conhecimento dos grupos de escuta e/ou ouvidoria. A implantação de ouvidorias constitui um dos mecanismos indicados pela PNH para contornar as dificuldades de participação do usuário na gestão de organizações de saúde burocratizadas. Contudo, considera que “quando se analisa o envolvimento dos trabalhadores de saúde e usuários no dia-a-dia das unidades de atenção do SUS, percebe-se que a participação ainda é muito pequena”. Entre os fatores aos quais pode-se atribuir o baixo índice de participação do usuário está o “excesso de burocracia do sistema de saúde” (SANTOS GONÇALVES, 2007, p. 99).

Segundo Solla (2005) a ouvidoria é também um espaço de acolhimento diferenciado que, via de regra, recebe usuários trazendo situações de não-acesso, conflitos com trabalhadores ou outras ordens de questões geralmente já tensionadas.

As questões relacionadas ao ambiente de trabalho incluem o conhecimento dos canais de informações de comunicação interna sobre programas e atividades desenvolvidas pelo hospital. Neste quesito, 79% dos entrevistados dizem não ter conhecimentos destes canais. Isto reafirma quanto ao desconhecimento das estratégias indutoras de humanização desenvolvidas na instituição e sua constituição, que segundo verbalizações, até a comissão é desconhecida pela maioria dos trabalhadores.

”Para que haja a humanização, deve implantar uma política administrativa voltada ao atendimento humanizado, melhorando as condições de trabalho bem como a valorização profissional e formar dentro da instituição grupos de humanização” (E110).

“Formar grupos de humanização no hospital municipal com participação de todos, desde a limpeza ao médico” (E15).

“Formar dentro da instituição grupos de humanização” (E06).

Referente à participação nas decisões dos serviços a serem prestados e quanto ao conhecimento e participação das discussões sobre a qualidade dos serviços oferecidos, 75% dos entrevistados não têm participação alguma. Nota-se pelos resultados que a instituição não tem utilizado como estratégia uma aproximação maior com os trabalhadores, uma vez que ela não tem integrado toda a equipe nos projetos desenvolvidos. Falando especificamente do envolvimento e participação dos trabalhadores, verifica-se que em sua maioria estão alheios aos acontecimentos no cotidiano do hospital. Barros, Mori & Bastos (2006) salientam que o eixo da gestão do trabalho propõe-se à promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo, valorizando os trabalhadores e o saber que constroem no seu cotidiano de trabalho.

As equipes multiprofissionais possibilitam aos trabalhadores além de trocas de experiências assistenciais, adquirem visão de aspectos de outras especialidades, aprendem a construir e praticar um novo método de trabalhos. Quanto ao conhecimento e participação em equipes multiprofissionais, 68% responderam não. Segundo Salles (2004), a PNH visa não só a contemplar o atendimento humanizado aos usuários, mais garantir condições para que os

trabalhadores atuem de modo digno e participem como co-gestores do sistema, incluindo o fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais.

Por fim, chama atenção a baixa frequência na implantação de comissões obrigatórias ao bom funcionamento de qualquer unidade de atenção hospitalar. Apenas 38% dos entrevistados conhecem ou participam de comitês ou comissões do hospital, como por exemplo, o Comitê de ética.

Analisando a percepção dos trabalhadores quanto a humanização, identificou-se como fatores que interferem a implementação da PNH no hospital como a sobrecarga de trabalho, problemas na comunicação entre as equipes, bem como a falta de capacitação entre trabalhadores e gestores, valorização profissional, além da falta de conhecimento da política para sua implantação e engajamento dos trabalhadores nas estratégias. Fica evidente nas verbalizações dos entrevistados:

“O que interfere na implementação das iniciativas são a falta de melhores condições de trabalho e valorização do profissional” (E160).

“Falta de Política administrativa voltada ao atendimento humanizado” (E120).

A falta de união da categoria e o desinteresse para com os pacientes que precisam de mais atenção” (E3).

“O medo do novo, a insegurança do ser humano em recomeçar” (E62).

Outros atribuíram à falta de recursos financeiros, materiais e humanos, a falta de conscientização dos usuários e até questões políticas. Verifica-se que todos estes fatores realmente limitam a implementação da política, mas os principais problemas encontrados são de ordem humana. Isso denota que, apesar do processo de implantação e implementação da política no hospital ter se dado de forma gradual, iniciado pela sensibilização da direção sobre a importância da humanização do trabalho, da constituição dos grupos de trabalho, do diagnóstico situacional dos serviços e dos planos de operacionalização, ainda é necessário continuar investindo nos segmentos envolvidos na superação e ou organização das demandas apontadas para execução da política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na implementação de qualquer política, é necessário que todas as instâncias envolvidas estejam engajadas no processo. O município de Rolim de Moura enquanto gestor da saúde pública e, responsável pela qualidade dos serviços prestados, definiu no PMS a humanização como base nas práticas da atenção e da gestão. Desta forma, o HMRM, um dos pioneiros na implantação da PNH no estado, vem desenvolvendo estratégias diversas para consolidação da política no contexto hospitalar.

Para desencadear um processo de humanização, pode ser necessária uma mudança na cultura organizacional, sendo importante que, no ambiente de trabalho, os gestores, os profissionais tenham conhecimento de seus pontos fortes e fracos. É necessário, também, que os gestores e os profissionais tenham consciência de sua função e saibam o quanto é importante o compartilhamento de informações no espaço coletivo, para que os resultados sejam atingidos de forma integrada. A equipe, quando compartilha o mesmo sonho, supera o individualismo e os desafios da competitividade. Logo, as chances de sucesso aumentam quando o trabalho é compartilhado e valorizado de acordo com as potencialidades de cada profissional.

O desafio na implementação da PNH, está na articulação entre gestores, trabalhadores e usuários de serviço de saúde em melhorar a qualidade dos serviços e criar estratégias indutoras de novas práticas de gestão e de atenção à saúde. As novas práticas de gestão foram visualizadas neste estudo no sentido da gestão participativa, da interação entre trabalhadores da saúde e usuários, da construção conjunta de melhores ambientes para os sujeitos envolvidos na atenção à saúde no contexto do hospital. Nas novas práticas de atenção à saúde está focada na ambiência acolhedora, na participação de acompanhantes e visitantes na assistência a saúde criando um espaço reflexivo e interativo entre trabalhadores e usuários.

Dentre os dispositivos da PNH elencados pelo hospital, as estratégias avaliadas contemplam o acolhimento, a ambiência e a democratização da gestão, sendo que a ênfase principal das ações se dá no âmbito da ambiência. Por desenvolverem projetos que abarcam maior número de usuários e, também, por serem mais visíveis, os atores internos e externos

sentem-se mais motivados a participarem de sua execução. As principais estratégias no âmbito da ambiência são a Brinquedoteca e Adote uma Enfermaria, além de várias outras que induzem a confortabilidade, interação, bem estar e segurança do usuário no ambiente.

O investimento em estratégias direcionadas à valorização do trabalhador aparece em menor escala, sendo ainda impactado por um contexto institucional, construído por paradigmas mecanicistas que levam os trabalhadores acreditarem que os mecanismos de atenção a eles, estão relacionados com a pouca valorização profissional, manifestada pela falta de capacitação, condições inadequadas de trabalho e questões salariais. É notório que este problema não faz parte apenas da realidade do HMRM, mas é enfrentado por muitas instituições de saúde pública do país, devido às condições do sistema de saúde brasileiro, referente aos recursos humanos, financeiros, organizacionais e materiais.

Ressalta-se que muito mais que a competência técnica, é preciso dar ênfase ao ser e fazer profissional, à ética, ao respeito e a dignidade da pessoa humana. Portanto, todas as iniciativas são válidas quando se fala em humanização, desde que haja sensibilidade e envolvimento dos profissionais das diversas áreas de atuação. A humanização no contexto hospitalar requer comprometimento e envolvimento por parte de todos os profissionais da equipe. A transformação do modo assistencial, portanto, somente é possível, a partir de uma revisão dos processos internos, nas condições de trabalho e, principalmente na sensibilização e valorização dos trabalhadores quanto às atitudes e comportamentos que envolvem a prática profissional.

Outro aspecto a ser considerado é que pela falta de visibilidades das estratégias para humanização implementadas no hospital, somada aos resultados encontrados pelo mesmo até hoje, pode-se perceber que a sua atuação, desde o início, tem sido bastante restrita e focal, não realizando o acompanhamento sistematizado dos projetos, não abrangendo assim, a complexidade dos princípios indutores. Entretanto, cabe salientar que apesar dos limites encontrados, as estratégias implementadas são compatíveis com a proposta da PNH no tocante aos eixos norteadores da gestão e atenção.

No entanto, foram apontados limites a serem superados, alguns a curto prazo, relacionados à comunicação e divulgação das estratégias indutoras de humanização; integração de todos os setores no processo, visto que as ações estão mais concentradas na

Pediatria e Maternidade; engajamento dos trabalhadores nos diversos projetos; reorganização de procedimentos e rotinas a exemplo do sistema de marcação de consultas e treinamento e valorização dos trabalhadores da instituição. E, outros a longo prazo a exemplo dos aspectos ambientais físicos, materiais e equipamentos em número insuficientes e inadequados e sobrecarga dos trabalhadores, pois dependem de fatores externos e políticos.

Como possibilidades para implementação da humanização no contexto hospitalar, destacam-se a gestão participativa que no decorrer dos anos vem trabalhando para uma mudança na cultura e processo organizacional; a participação da comunidade empresarial em diversas estratégias que evidenciaram o acolhimento e ambiência e participação da comunidade geral, por meio de trabalhos voluntários em projetos; o engajamento de trabalhadores frente à comissão de humanização; a forma de vínculo profissional diminui a rotatividade entre os profissionais propiciando o estreitamento de laços com os usuários, incentivos da instância gestora municipal nas estratégias e, a interação da equipe como um caminho para o aprimoramento contínuo das relações entre trabalhadores.

Quando se busca a excelência em qualquer projeto que envolva a comunidade é necessário que a transparência seja o mote principal, portanto, desenvolver mecanismos de divulgação nos veículos de comunicação deve ser um alvo perseguido e ajustado com o melhor entendimento dos trabalhadores, usuários e comunidade. Em virtude de Rolim de Moura ser considerada uma cidade participante efetiva do ambiente político, pois, é detentora atual do cargo de governador, vice-governador, dois senadores, uma deputada federal, sendo que o governador e um dos senadores já foram prefeitos da cidade e antes eram empresários de sucesso no município, motiva as entidades a participarem da gestão administrativa em virtude do sentimento de responsabilidade em ser modelo para outros municípios ou até mesmo por serem os próximos nomes para o cenário político.

A principal limitação encontrada na realização desta pesquisa além do tempo foi o espaço geográfico delimitado ao contexto hospitalar, impossibilitando o estudo permear a resolutividade e responsabilização/vínculo enquanto princípios indutores da humanização.

O presente estudo suscitou questionamentos sobre a forma como a humanização é vista pelos usuários. Para tanto, indica a realização de pesquisa que pretenda verificar a percepção do usuário em relação ao atendimento oferecido pela instituição de saúde e outros

estudos que contemplem os princípios da resolutividade e responsabilização/vínculo que também norteiam a PNH.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. **Grupo de apoio social no hospital o caso do “lutando para viver”**. Dissertação de mestrado em saúde pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro: 2001.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson D. **A humanização hospitalar como expressão da ética**. Revista Latino-americana, Enfermagem, 2006. jan/fev. 14(1):132-5.

BARRERA Q, *et al.* **Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro**. Revista Chilena Pediatría., fev. 2007, v. 78, n.1, p.85-94.

BARROS, Maria Elizabeth de; MORI, Maria Elizabeth; BASTOS, Solange de Souza. **O Desafio da Política Nacional de Humanização nos Processos de Trabalho: O Instrumento “Programa de Formação em Saúde e Trabalho”** Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (1): 31-48, 2006.

BENERI, Regina Ledo; SANTOS, Letícia Rosa; LUNARDI, Valéria Lerch **O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 54, n. 1, p. 108-118, jan./mar. 2001.

BETTINELLI, Luiz Antônio; WASKIEVICZ, Josemara, ERDAMNN, Alacoque Lorenzini. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BORGES, Maria de Jesus Lourinho *et. al.* **O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde**. Revista Brasileira de Promoção à Saúde, 2004; 17 (3): 119-126

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. XI Conferência Nacional de Saúde. **O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. Brasília: 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**, Brasília: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **PNHAH. Atendimento Humanizado**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20, Brasília: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização** 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. 2. ed. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. 2. ed. Brasília: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico**. 2. ed. Brasília: 2007.

CAMIGNOTTO, A. **A humanização do hospital: fator de eficiência**. Rev. Paul. Hosp, São Paulo: v. 20, n. 11, p. 27-30, nov. 1972.

CAMPOS, Rosana Onocko. **Humanização da assistência hospitalar: um sonho em andamento**. Revista SOBECC, São Paulo: v. 7, n. 3, p. 15-16, 2002.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1998.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Kátia. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem 13 (1):105-111, 2005.

CONCEIÇÃO, Cristiano Sena *et. al.* **Sistemas de comunicação na organização hospitalar**. 2006. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/resi/edicao09.html>. Acesso 03 abr. 2007.

CUNHA, Luiz Cláudio Rezende. **A cor no ambiente hospitalar**. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica, 2004.

D'AGUIAR, José Manuel Monteiro. **O programa saúde da família no Brasil: a resolutividade do P.S.F. no município de Volta Redonda (RJ)**. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 2001.

DESLANDES, Sueli Ferreira. **A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro**. Ciência da saúde coletiva. v. 10; n. 3. ed. Rio de Janeiro: Jul/Set. 2005.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública**. Tese (Doutorado), Departamento Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, IFF/FIOCRUZ, Rio de Janeiro: 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2001.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues *et. al.* **Contextualizando a Política Nacional de Humanização**: a experiência de um hospital universitário. Boletim da saúde, Porto Alegre: v. 20, n. 2, jul./dez. 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa** e J.E. M.M., Editores Ltda. Da Academia Brasileira de Letras e da Academia Brasileira de Filologia 1. ed. (7ª impressão). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 1975.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde**: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 345-353, abr/jun. 1999.

FREITAS, Bruno Peres. **O assistente social na assistência hospitalar e o desafio da humanização**: reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDSMITH, Jeff C.; MILLER, Richard. **Restoring the Human Scale. Healthcare facilities will be designed as living spaces for families, not warehouses for sick people.** The Healthcare Forum Journal; Nov/Dec 1990; 33, 6; ABI/INFORM Global, US

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. **Acolhimento e vínculo**: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago. 2005.

HOGA, Luiza Akiko Komura. **A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde**: uma reflexão. Ver. Esc. Enferm., USP, 2004; 38(1):13-20.

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MARTINS, Vânia Paiva. **A humanização e o ambiente físico hospitalar**. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica, 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/somasus/Dinamicos/textos/hum.pdf>. Acesso 10 ago. 2007.

MATSUDA, Laura Misue, SILVA, Neuza da, e TISOLIN, Ana Maria. **Humanização da assistência de enfermagem:** estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá: v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003.

MEDEIROS, Luciana de. **Humanização hospitalar, ambiente físico e relações assistenciais:** a percepção de arquitetos especialistas. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Programa de Pós-Graduação em Psicologia); Natal: 2004.

MERHY, Émerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida In: Cecilio, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo, HUCITEC, 1994. p.117-60.

MEZZONO, Augusto Antônio *et. al.* **Fundamentos da Humanização Hospitalar:** uma versão multiprofissional. São Paulo: Local Editora, 2003.

MORITA, Chitose; MARX, Lore Cecília; BENTO, Paula S. Ricci. **Humanização:** reflexões sobre o cuidar e o cuidador. In: MEZZOMO, Pe. Augusto A. et-alli (Coor.). **Fundamentos da Humanização Hospitalar. Uma visão multiprofissional.** São Paulo: Local Editora, 2003.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. **Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar.** *Psicologia em Estudo*, Maringá: v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini, BÓGUS, Cláudia Maria. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde.** *Saúde e Sociedade* v. 13, n. 3, p.44-57, set/dez ,2004.

NOVAES, Humberto de Moraes; PAGANINI, José Maria. **Direitos do Paciente. In: Garantia de qualidade:** acreditação de hospitais para América Latina e o Caribe. Organização Panamericana de Saúde; Organização Mundial da Saúde; Federação Latino-americana de Hospitais; Federação Brasileira de Hospitais. *SÉRIE/SILOS*, n. 13, 1992.

PAULON, Simone Mainieri; ELAHEL, Ana Lucia Schettini. **A Construção de um observatório de práticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde:** a experiência do Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde*; Porto Alegre: v. 20; n. 2; Jul./Dez. 2006.

PINA, Juliana Coelho. **Acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade de saúde da família:** contribuições da estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: 2007.

PINHEIRO, Roseni. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília: 2002.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva do trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

SALLES, Raquel Kuerten de. **Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota programa de gestão humanizado: sua influência no comportamento alimentar: Tese de (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2004.**

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. **Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Ciência Saúde Coletiva, v. 12, n. 4, Rio de Janeiro, jul./ago. 2007.

SANTOS GONÇALVES, Maria do Carmo dos. **Políticas de Humanização e o Direito à Saúde no Rio Grande do Sul**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2007.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde**. Rolim de Moura: 2005.

SMITH, Mary Jane. **Humanistic Behaviors and Primary Nursing Practice**. Appl Nurs Res. Feb; 9(1):33-6 Morgantown-WV, USA: 1996.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. **Acolhimento no sistema municipal de saúde**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil v.5, n. 4, Recife Oct./Dec. 2005.

SOUSA SANTOS, Susana Abreu de. **Análise da organização da demanda e grau de satisfação do profissional e usuário nas unidades de serviço público odontológico do Município de Campos dos Goytacazes.** Dissertação de Mestrado (Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas), Piracicaba: 2005.

TEIXEIRA, Michelle Cecille Bandeira. **A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):45-51, 2006.

TOLEDO, Bruna. **Repensando a prática profissional em saúde mental:** o profissional de referência como meio para instituir desvio na clínica. Universidade Estadual de Campinas: Campinas: 2007. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/aprimorandos/7.pdf. Acesso: em 23 nov 2007

VASCONCELOS, Renata Thais Bomm. **Humanização de ambientes hospitalares:** características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina (Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo), Florianópolis: 2004.

VENUSO, Leonarda. **Humanização em Hospitais.** Fortaleza: Premium, 2001.

VERBIST, Cinthia Fusquine. **A Gestão da Hospitalidade sob a perspectiva da humanização dos hospitais:** um estudo de caso. Dissertação de Mestrado – Universidade de Caxias do Sul (Programa de Pós-Graduação em Turismo), Caxias do Sul: 2006

VIEIRA, Edmar Teixeira; BORGES, Maria de Jesus Lourinho; PINHEIRO, Silvia Regina Martelli; NUTO, Sharmênia de Araújo Soares. **O programa saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde.** *Revista Brasileira de Promoção à Saúde*. 17 (3) : 119-126. 2006.

WEISSMANN, Peter F. *et.al.* **Role Modeling Humanistic Behavior: Learning Bedside Manner from the Experts.** *Academic Medicine*, v. 81, n. 7 / July, 2006.

APÊNDICE A - Protocolo de Registro de observação

Data da observação: _____ **Setor/local** _____
Início _____ **hs** **Término** _____ **hs**

1 – AMBIÊNCIA

- Sinalização () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável
- Acesso para deficientes físicos () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável
- Salas de espera () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável
- Local para sentar () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável
- Equipamento audiovisual () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável
- Iluminação do ambiente
Condições () boa () ruim () razoável
- Cores _____
Condições () boa () ruim () razoável
- Ruídos () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável
- Ventilação do ambiente / temperatura
Condições () boa () ruim () razoável
- Estrutura física
Condições () boa () ruim () razoável
- Instalações para abrigar serviços de atenção especiais (mulheres com aborto, situações de violência) () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável
- Instalações sanitárias para usuários () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável
- Instalações sanitárias para trabalhadores adequadas () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável
- Higienização constante () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável
- Sala de reuniões () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável

- Equipamentos de proteção coletiva (EPC) e instalações atendendo às normas de segurança e higiene previstas em legislações específicas () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável

- vestuário e equipamentos de proteção individual (EPI) para os trabalhadores
() presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável

- Armazenamento e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos
() presente () ausente

2 - ACOLHIMENTO

- Acesso e prestação dos serviços
Condições () boa () ruim () razoável

- Sistemas de marcação de consultas () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável

- Acesso de acompanhantes em todos os casos - () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável

- Sistema de internação () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável

- Sistema de Visitação Aberta () presente () ausente
Condições () boa () ruim () razoável

- Sistema demarcação, realização e resultados de exames
Condições () boa () ruim () razoável

- Tempo de espera para atendimento: _____
Condições () boa () ruim () razoável

- Grupos de Escuta / Ouvidoria () presente () ausente

- Identificação dos trabalhadores () presente () ausente

- Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário () presente () ausente

- Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde () presente () ausente

- Informações aos usuários, quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento

3 – DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO

- Sistema de telefonia que atenda de modo suficiente às necessidades do usuário e dos trabalhadores

- Oportunidade de discussão sobre os serviços prestados () presente () ausente

- Manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho
() presente () ausente
- Reconhecimento e resolução de conflitos e divergências () presente () ausente
- Aplicação sistemática de normas do trabalho () presente () ausente
- Transporte ao funcionário () presente () ausente
- Estacionamento e condições de acesso ao hospital () presente () ausente
- Refeitório () presente () ausente
- Área de descanso () presente () ausente
- Área de convivência () presente () ausente
- Atividades recreativas e/ou sociais () presente () ausente
- Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos trabalhadores
() presente () ausente
- Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional () presente () ausente
- Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários () presente () ausente
- Canais de informação e resolução de problemas e necessidades () presente () ausente
- Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades
() presente () ausente
- Comitê de Ética () presente () ausente

Estratégias indutoras de Humanização no contexto hospitalar

- Ações
- Normatizações
- Projetos
- Plano operacional de atividades

APÊNDICE B**Roteiro para trabalhadores da saúde:** médicos/enfermeiros/auxiliares de enfermagem**Dia da visita:** _____**Dados Gerais – identificação**

Idade: _____ Sexo: _____ Categoria Profissional: _____

Turno _____ Estado civil _____ Escolaridade _____

Atuação neste hospital: () plantonista () profissional da rotina

Tempo de Formado: _____ Tem Pós-Graduação/Especialização _____

Tempo de Serviço HU _____ Tempo de Serviço na Unidade _____

Modelo de contrato _____

Outro vínculo Empregatício _____ Qual _____

1) Conhece a POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR do SUS?

sim () não ()

2) Conhece as iniciativas (os projetos) de humanização que o hospital desenvolve?

() sim não ()

Quais? _____

3) Você participa de algum grupo com a finalidade de humanização? () sim () não

4) Você já participou de alguma capacitação sobre o programa de humanização hospitalar?

() sim () não Quais: _____

5) Como você se comunica com os usuários:

5a) Diz o seu nome () sim () não

5b) Informa aos familiares sobre o atendimento/procedimento que vai realizar () sim () não

5c) Esclarece sobre prevenção de agravos à saúde () sim () não

5d) Informa sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade.

() sim () não

5e) Informa aos usuários sobre diagnóstico, tratamento e encaminhamento () sim () não

6) Como você considera as condições das instalações, dos equipamentos e ambientais do hospital:

6a) Adequação e criação de áreas de espera: () bom () satisfatório () ruim

6b) Sinalização das áreas e serviços do hospital: () bom () satisfatório () ruim

6c) Instalações físicas e aparência do hospital: () bom () satisfatório () ruim

6d) Equipamentos: () bom () satisfatório () ruim

6e) Refeições dos usuários: () bom () satisfatório () ruim

6f) Meios para efetivação de queixas e sugestões dos usuários: () bom () satisfatório () ruim

6g) Espaço de recreação e convivência dos usuários: () bom () satisfatório () ruim

7) Como você considera a ambiência do hospital:

7a) O ambiente é confortável e limpo: () Sim () Não

7b) A iluminação do ambiente é adequada () sim () não

7c) A temperatura e ventilação do ambiente é adequada () sim () não

7d) O nível de ruído é normal: () sim () não

7e) Existe privacidade no atendimento: () Sim () Não

7f) As atividades realizadas pelo hospital (ação do projeto de humanização) são visíveis para os usuários () Sim () Não, quais? _____

7g) O ambiente favorece a criatividade, a participação e o bem-estar dos usuários e trabalhadores () Sim () Não, como? _____

7h) O ambiente garante melhores condições de atenção ao usuário () Sim () Não

8) Como você avalia as condições de acesso e prestação dos serviços:

8a) Sistema de marcação de consultas: () bom () satisfatório () ruim

8b) Tempo de espera para atendimento: () bom () satisfatório () ruim

8c) Acesso de acompanhantes e visitas: () bom () satisfatório () ruim

8d) Sistema de internação: () bom () satisfatório () ruim

8e) Sistema de marcação, realização e resultados de exames: () bom () satisfatório () ruim

9) Como você se relaciona com os colegas de trabalho:

9a) Confia em seus colegas de trabalho: () sim () não

9b) Interage com a equipe: () sim () não

9c) Cooperar com seus colegas de trabalho: () sim () não

10) Você recebe apoio quanto:

10a) Transporte, estacionamento e condições de acesso ao hospital: () sim () não

10c) Área de descanso e convivência: () sim () não

10d) Atividades recreativas e/ou sociais: () sim () não

10e) Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais: () sim () não

10f) Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional: () sim () não

10g) Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários: () sim () não

11) Como você participa nas questões relacionadas ao ambiente de trabalho:

11a) Conheço e participo de equipes multiprofissional () sim () não

11b) Participo nas decisões dos serviços a serem prestados () sim () não

11c) Participo do Comitê de Ética () Sim () não

11d) Tenho conhecimento dos Grupos de Escuta / Ouvidoria () sim () não

11e) Sou favorável ao Sistema de Visitação aberto () sim () não

11f) Participo da discussão sobre a qualidade dos serviços prestados () sim () não

11g) Conheço e participo dos mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho () sim () não

11h) Conheço e aplico sistematicamente as normas do trabalho () sim () não

11i) Conheço os canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades () sim () não

11j) Incentivo a presença de acompanhante em todos os momentos da assistência à saúde () sim () não

12) Quais fatores você considera que interferem na implementação das estratégias indutoras de humanização do hospital?

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa **Processo de Humanização no Hospital Municipal de Rolim de Moura – Rondônia: limites e possibilidades**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

PROGRAMA: Mestrado em Ciências da Saúde – UnB – Universidade de Brasília

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Simone Marçal Quintino

ENDEREÇO: Av. Cuiabá, nº 2031 Cacoal/RO

TELEFONE: (69) 3441 – 7510 9986 - 4992

OBJETIVOS:

- Verificar a inserção da PNH no Plano Municipal de Saúde;
- Caracterizar as estratégias (projetos, normas, rotinas, grupos) para a implantação dos princípios do acolhimento, ambiência e democratização da gestão da PNH no contexto hospitalar;
- Identificar estratégias indutoras que estruturam os eixos da gestão e da atenção à saúde da PNH;
- Apreender a percepção dos trabalhadores (profissionais da saúde) acerca da humanização no contexto hospitalar.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: (se concordar em participar da pesquisa, você terá que responder a um questionário sobre sua percepção acerca da Política Nacional de Humanização, contendo 12 questões referentes aos eixos desta política (acolhimento, ambiência, responsabilização, resolutividade e democratização da gestão). Os dados coletados serão tabulados e analisados para fechamento da dissertação de mestrado em Ciências da Saúde pela UnB – Universidade de Brasília.

RISCOS E DESCONFORTOS: a pesquisa não oferece nenhum risco ou prejuízo ao participante.

BENEFÍCIOS: Resultados das ações, interferências e implementação do Projeto de Humanização no hospital.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto ou pagamento com sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Garantia de sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os dados e o seu nome não serão divulgados.

Assinatura do Participante: _____

ANEXO B: APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

	<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACIMED FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL</p>	
<p>CERTIFICADO</p>		
<p>Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ROLIM DE MOURA – RONDÔNIA: LIMITES E POSSIBILIDADES, sob o protocolo nº 231/2007, da Pesquisadora SIMONE MARÇAL QUINTINO, sob a responsabilidade da Orientadora Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho, está de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - FACIMED.</p>		
<p>Cacoal, 04 de Dezembro de 2007.</p>		
<p><i>Mansueto Dal Maso</i> Prof. Dr. Mansueto Dal Maso coordenador CEP/FACIMED</p>		