Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"Hotelaria hospitalar como ferramenta de gestão do cuidado"

por

Olinda Fabiani Cardoso Gil

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro, junho de 2015.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

"Hotelaria hospitalar como ferramenta de gestão do cuidado"

apresentada por

Olinda Fabiani Cardoso Gil

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Jorge Ronaldo Moll

Prof.ª Dr.ª Lilian Miranda

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 02 de junho de 2015.

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

G463h Gil, Olinda Fabiani Cardoso
A hotelaria hospitalar como ferramenta de gestão do cuidado. / Olinda Fabiani Cardoso Gil. -- 2015.
102 f. : il.

Orientador: Gustavo Corrêa Matta
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Administração Hospitalar. 2. Ambiente de Instituições de Saúde. 3. Humanização da Assistência. 4. Gestão em Saúde. 5. Inovação. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.11

Aos usuários, por um cuidado humanizado.

Se temos a possibilidade de tornar mais feliz e mais sereno um ser humano, devemos fazê-lo sempre. Hermann Hesse

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de sempre oferecer o melhor de mim em todas as instâncias da minha vida.

Ao meu orientador, Professor Doutor Gustavo Corrêa Matta, pela gentileza com que me acolheu e conduziu neste estudo.

Ao amigo Sergio Cortes, pela confiança e oportunidade de trabalhar ao seu lado. Por sua ajuda e apoio em todos os momentos, por acreditar na Política de Humanização e ter contribuído para o meu crescimento profissional. Sua participação foi fundamental para implantação da Humanização.

As amigas Stephanie Ferte, Rosangela Irano e Gisele Vasquez que foram parceiras e estiveram tão próximas (literalmente) de mim e foram, sobretudo presentes no desenvolvimento deste trabalho e sempre estiveram do meu lado dando força e apoio.

A Monique Fazzi por sua escuta, apoio, sua amizade e confiança.

A toda equipe de Humanização que trabalhou intensamente pela construção coletiva da Humanização em especial a Alexandra Andrade, Guilherme Maia, Rafael Fornerolli, Monica Guedes e Tatiana Clarkson.

A minha família, meus pais Flavio e Nelcinda, meu marido João, meus irmãos Francisco, Flavio e Fernando e minha sobrinha Julia, pelo amor, confiança e motivação incondicional.

Agradeço também a Juliana Neves, Patrícia Nunes, Daniele Nunes e Diogo pelo apoio e amizade ao longo de todos os anos.

Aos demais Mestres, pela contribuição inestimável.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCCR – Acolhimento com Classificação de Risco

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CF - Constituição da República Federativa do Brasil

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito

DMPS/UNICAMP – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas

HG - Hipótese Geral

HS - Hipótese Secundária

MS - Ministério da Saúde

NAF – Núcleo de Atenção à Família

NAQH - Núcleo de Acesso à Qualidade Hospitalar

OMS - Organização Mundial da Saúde

OSS - Organizações Sociais da Saúde

PFST - Programa de Formação em Saúde e Trabalho

PNH- Política Nacional de Humanização

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PVA - Política de Visita Aberta

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAS - Subsecretaria de Atenção à Saúde

SES/RJ - Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

SUS - Sistema único de Saúde

SMSDC/RJ- Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro

SPA- Serviço de Pronto Atendimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esculápio curando no Templo	22
Figura 2	Paciente via o altar para assistir à missa	23
Figura 3	Paciente com vista para o altar para assistir à missa	23
Figura 4	Hospital no século XIX	25
Figura 5	Hotelaria Hospitalar	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Hospital A	72
Quadro 2	Hospital B	73

RESUMO

Este estudo se propõe a investigar, com base nos relatórios de 2011 a 2013, as mudanças ocorridas com a implementação da hotelaria hospitalar, como ferramenta da Gestão do Cuidado, dentro de duas unidades hospitalares sob a gestão da Assessoria de Humanização da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). Para tanto, busca identificar e analisar, com base nos relatórios, o antes e o depois da implementação da hotelaria em duas unidades da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Verificar se a proposta da Hotelaria enquanto ferramenta de Gestão do Cuidado nas unidades hospitalares em apreço apresentam melhorias em relação aos outros hospitais da SES; analisar o nível de inovação no âmbito da Gestão Hospitalar. Para responder às questões delineadas na pesquisa, foi adotada a metodologia descritiva-exploratória e, para a coleta de dados: pesquisa bibliográfica e documental e análise de dados secundários. Os resultados permitem concluir pela aceitação da hipótese geral do estudo de que os relatórios anuais acerca da implementação da hotelaria hospitalar, como ferramenta da Gestão do Cuidado, no universo estudado, apontam para a melhoria da humanização do cuidado nas referidas unidades. Finalmente, recomendam-se mais estudos para o aprofundamento dos achados desta pesquisa em outros setores de gestão hospitalar.

Palavras-chave: Hotelaria Hospitalar, Assessoria de Humanização da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, cuidado humanizado

ABSTRACT

This study aims to investigate, based on 2011 reports to 2013, changes to the implementation of the hospital hotel, as the Care Management tool, in two hospitals under the management of Humanization advice of the Secretary of Health of Rio de Janeiro (SES / RJ). Therefore, it seeks to identify and analyze, based on reports, before and after the implementation of hospitality in two units of the State Department of Health of Rio de Janeiro; determine whether the proposal of Hotels as a management tool care in hospitals in question feature improvements over other hospitals in the SES; analyze the level of innovation within the Hospital Management. To answer the questions outlined in the research, we adopted the descriptive exploratory methodology and for data collection: bibliographical and documentary research, and secondary data analysis. The results indicate the acceptance of the general hypothesis of the study that the annual reports on the implementation of the hospital hotel, as the Care Management tool, the study universe, point to improving the humanization of care at such plants. Finally, further studies are recommended to deepen the findings of this research in other hospital management sectors.

Keywords: Hospital Hospitality, Humanization advice of the State Health Secretariat of Rio de Janeiro, humanized care

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **13**

OBJETIVOS **16**

METODOLOGIA **17**

REFERENCIAL TEÓRICO **22**

ANÁLISE DOS DADOS **75**

CONSIDERAÇÕES FINAIS **91**

REFERÊNCIAS **95**

INTRODUÇÃO

A procura pela qualidade é, atualmente, o objetivo de todas as empresas de produtos e de serviços e, nesse sentido, há a necessidade de se disponibilizarem, cada vez mais recursos para melhorar e dinamizar o processo de produção e crescimento[1]. No âmbito hospitalar, não é diferente e observa-se que inúmeras instituições de saúde investem na modernização, na pesquisa e na diversificação dos processos de trabalho e serviços e se tornam hospitais de Primeiro Mundo, no que se refere a aspectos tecnológicos e científicos com instalações e equipamentos avançados, procedimentos clínicos e cirúrgicos revolucionários e médicos de reconhecida competência internacional[2]. No entanto, apesar de todo esse aparato, o usuário (pessoas enfermas, familiares, acompanhantes, visitantes) não é contemplado da mesma forma, ou seja, não é entendido como um ser circunstancialmente fragilizado, constituído de sentimentos e emoções, eivado de perspectivas confusas[3].

Nesse cenário, os usuários de saúde mais exigentes, não procuram apenas pelos benefícios dos serviços de saúde, Eles buscam hospitais que apresentem um diferencial e proporcionem conforto, humanização e integração com o mundo externo. Dessa forma, exigem dos hospitais posturas que os livrem de estereótipos, do tipo: comida sem sabor, "cheiro de hospital", frieza no atendimento, isolamento social entre outros, ou seja, as instituições de saúde precisam "se livrar da cara de hospital"[4].

No Brasil, os hospitais, nos últimos anos, têm participado de um mercado de demanda maior do que de oferta, o que originou um estilo gerencial indiferente às grandes e frequentes mudanças, "à importância da busca da humanização dos serviços e ambientes e, principalmente, às exigências e necessidades dos usuários de saúde"[5].

Vale lembrar que o usuário deve ser entendido como toda e qualquer pessoa que entra em contato com o hospital para adquirir serviço médico-hospitalar, ou simplesmente, solicitar uma informação. Trata-se de um ser humano que deseja atenção, respeitar e qualidade.

Nesse sentido, para mudar a ideia de local de sofrimento, alguns gestores tentam abandonar a imagem clássica dos hospitais e transformam essas instituições com mudanças arquitetônicas, programações sociais, serviços de hotelaria com capitão-porteiro e mensageiros uniformizados e equipados para a recepção do usuário, exposição de quadros, música ambiente, restaurante, piano-

bar e apresentação de músicos que fazem com que a estada no ambiente hospitalar mais agradável e minimizam o desconforto de estar no hospital[6].

Fica evidente, portanto, que o hospital tem como foco o atendimento ao usuário que, em momento de vulnerabilidade e carência, necessita de cuidados com a sua saúde. Esse usuário deixa o seu ambiente habitual de trabalho e de moradia e vai alojar-se em um local que lhe causa medo, pelo desconhecimento da evolução de sua condição de saúde, mesmo quando ele – usuário - não se encontra doente, como no caso das gestantes.

E, diante desse quadro, o conceito de hotelaria nas unidades de saúde está baseado na ideia de receber bem, de bom atendimento e de boa acomodação para quem se encontra vulnerável e necessita de cuidados em saúde. Assim, Boeger parece ter sintetizado essa ideia, ao definir Hotelaria Hospitalar como: "[...] a reunião de todos os serviços de apoio, que, associados aos serviços específicos, oferecem aos usuários internos e externos conforto, segurança e bem-estar durante seu período de internação"[7].

A hotelaria hospitalar faz parte do paradigma atual da medicina, no momento em que procura contribuir para a cura do usuário, com a utilização de novas terapias, inserção de novos profissionais e, principalmente, com o desenvolvimento de nova forma de atendimento voltada para a humanização dos serviços. Essas mudanças enfatizam o conceito de hotelaria hospitalar, baseado no conforto, no bem-estar e na segurança de pacientes e familiares, que contribui para amenizar o sofrimento do período de internação.[8]

Nesse sentido, as expectativas da Assessoria de Humanização da Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro (SES/RJ) são de, cada vez mais, humanizar o cuidado. O debate acirrado sobre o cuidado humanizado, desenvolvido nos últimos anos, leva à busca de alternativas que se consubstanciam na hotelaria hospitalar e, nesse sentido, emerge a necessidade de informações que permitam investigar de que forma essa hotelaria é entendida pelos usuários e pelos profissionais envolvidos nessa implementação. Espera-se que não apenas que os hospitais operem de maneira "hospitaleira", mas também que demonstrem publicamente suas ações e procedimentos.

A humanização na saúde implica mudança na gestão dos sistemas de saúde e seus serviços. Diante dessa realidade, em 2007, foi criada a Assessoria da Política de Humanização na Secretaria de Estado do Rio de Janeiro- SES/RJ[9] em parceria com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde – PNH/MS[10], voltada para o cuidado aos usuários, na busca da implementação de projetos que atendam essas expectativas.

Em 2003, tive a oportunidade de trabalhar como consultora da Política Nacional de Humanização no núcleo básico do Ministério da Saúde. Vim para o Rio de Janeiro por conta da intervenção federal nos hospitais sob gestão do município do Rio de Janeiro, onde permaneci até receber o convite para coordenar a Política Estadual de Humanização na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

A Assessoria de Humanização foi ligada ao Gabinete do Secretário, de forma a haver transversalidade com todas as subsecretarias, assim como com as políticas que seriam desenvolvidas na SES. Dentre os desafios, destaca-se a montagem de uma equipe qualificada e apta para apoiar as unidades de saúde ligadas à SES/RJ, de acordo com as diretrizes da PNH. A escolha inicial foi organizar as portas de entrada das emergências. Outros projetos, sob a responsabilidade dessa Assessoria são: humanização na linha de cuidado materno-infantil, acolhimento, classificação e processos de trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), apoio institucional nas unidades hospitalares, formação para acolhimento e classificação de risco nas urgências e emergências para todo o estado, acompanhamento do Programa de Apoio a Hospitais do Interior, participação nas políticas instituídas pela SES, ambiência nas unidades de saúde, projetos de cultura para dentro das unidades hospitalares e, por fim, o projeto de Hotelaria Hospitalar.

Este estudo traduz a possibilidade de investigar, com base em relatórios anuais (2011-13), como está o nível de implementação da hotelaria hospitalar, como ferramenta da Gestão do Cuidado, dentro de duas unidades hospitalares, sob a gestão da Assessoria de Humanização da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ).

OBJETIVOS

Geral

Investigar, com base nos relatórios de 2011 a 2013, as mudanças ocorridas com a implementação da hotelaria hospitalar, como ferramenta da Gestão do Cuidado, dentro de duas unidades hospitalares sob a gestão da Assessoria de Humanização da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ).

Específicos

- Identificar e analisar, com base nos relatórios, o antes e o depois da implementação da hotelaria em duas unidades da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.
- Verificar se a proposta da Hotelaria enquanto ferramenta de Gestão do Cuidado nas unidades hospitalares em apreço apresentam melhorias em relação aos outros hospitais da SES.

METODOLOGIA

Este capítulo tem como meta descrever a metodologia adotada no desenvolvimento deste estudo, com o objetivo de identificar os efeitos da proposta da Hotelaria enquanto ferramenta de Gestão do Cuidado dentro de duas unidades hospitalares estaduais de Urgência e Emergência, através da análise dos relatórios. Etimologicamente, metodologia é entendida como "o estudo dos caminhos, dos instrumentos usados para se fazer ciência. É uma disciplina instrumental a serviço da ciência"[11].

Para tanto, em primeiro lugar, mostra a forma pela qual se desenvolveu o Projeto de Hotelaria da SES.

Estruturação do Projeto de Hotelaria

O projeto-piloto aconteceu em quatro unidades estaduais. Dentre as unidades nas quais o Projeto-piloto foi implantado, o estudo escolheu dois hospitais de grande porte, de alta complexidade e com emergências.

Quadro 1

HOSPITAL A		
ESPECIALIDADES	**LEITOS**	**INTERNAÇÕES**
Cirúrgicos	39	*
Clínicos	82	*
Complementar (UTI e Unidade Intermediária)	16	*
Pediatria	08	*
Emergência	44	*
TOTAL	189	*

Quadro 2

HOSPITAL B		
ESPECIALIDADES	**LEITOS**	**INTERNAÇÕES**
Cirúrgicos	161	*
Clínicos	59	*
Complementar (UTI e Unidade Intermediária)	47	*
Pediatria	0	*
Emergência	45	*
TOTAL	312	*

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Outubro de 2013.

A pesquisa limitou-se a analisar os relatórios de avaliação da implementação do projeto de Hotelaria, referentes ao período de Dezembro de 2011 a dezembro de 2013, de duas unidades, disponibilizados pela Assessoria de Humanização da SES-RJ.

Estes relatórios são oriundos da aplicação de um instrumento de avaliação, realizada bimensalmente pelos hospitais, sendo que os percentuais alcançados e as "não conformidades" geraram diagnóstico sobre a situação das unidades de internação. Essas análises foram discutidas com os coordenadores e gerentes da unidade para providência de melhorias e mudanças necessárias.

Método de Pesquisa

A técnica empregada na coleta de dados apoiou-se nos seguintes procedimentos: pesquisa bibliográfica e documental e abordagem qualitativa por meio da análise de conteúdo.[12]

A pesquisa bibliográfica incluiu material nacional e internacional disponibilizado na Internet, bem como artigos, dissertações e teses dos Portais da Capes, da Unicamp e da USP, além de Anais de Congressos.

A pesquisa documental é semelhante à pesquisa bibliográfica, diferenciando-se dela pela natureza da procedência do material utilizado. De acordo com Gil:

> Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

> [...]
>
> Existem de um lado, os documentos de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações etc. De outro lado, existem os documentos de segunda mão que, de alguma forma, já foram analisados, tais como relatórios de pesquisas, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc[13].

Neste estudo, os documentos objeto de análise são os relatórios gerados, de dezembro de 2011 a dezembro de 2013, para acompanhamento das ações de implementação e estruturação da Hotelaria e seu impacto na organização da Gestão do Cuidado Hospitalar em duas unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro.

Os relatórios analisados são compostos por quatro itens: Processos, Assistência, Hotelaria e Precauções; referentes a duas unidades de saúde pela Assessoria de Humanização da Secretaria de Saúde o Estado do Rio de Janeiro e foram elaborados pela Autora.

Dessa forma, fica evidente que a coleta de dados ficou dependente da disponibilidade de informações recolhidas durante o período relatado, ou seja, dos relatórios utilizados no estudo em questão.

Apesar de muitos entenderem que a pesquisa de campo se caracteriza pela ida ao local (no caso os dois hospitais) essa etapa foi ignorada e trabalhou-se com as impressões da Autora, registradas em relatórios a partir do monitoramento das unidades em apreço.

Quanto à abordagem, trata-se de um estudo qualitativo, que, segundo Flick[14], se volta ao material empírico no intuito de analisar suas características particulares, relacionando-as a aspectos locais e temporais, tendo como ponto de partida as expressões e atividades das pessoas em seus contextos. Este estudo, portanto, pode ser entendido como qualitativo por quê:

- Interessa-se fundamentalmente pelo cotidiano das unidades estudadas providas de Hotelaria Hospitalar, e deixa de privilegiar fatos extraordinários, em um espaço e tempo concreto.
- Situa-se no contexto de inovação em saúde na busca de expor os objetivos da necessidade da hotelaria hospitalar no contexto do HumanizaSUS.
- Ocupa-se primordialmente com os significados que a hotelaria hospitalar pode assumir no contexto da Humanização em Saúde.

A pesquisa pode ser, ainda, classificada como estudo de caso, de caráter exploratório e descritivo, metodologia privilegiada para a área da gestão, pois se fixa na descrição das unidades profunda e detalhadamente[13]. O estudo de caso, no dizer de Ludke e André[15]:

- Visa descobertas: o investigador, embora parta de pressupostos, deve estar atento e aberto a novos elementos que podem emergir, a partir da ideia de que o conhecimento é sempre inacabado.
- Busca retratar a realidade de forma fidedigna e, para tanto, revela a multiplicidade de dimensões presentes em determinada situação e a focaliza como um todo. Trata-se de abordagem que enfatiza a complexidade das situações e, assim, evidencia a inter-relação dos seus componentes.
- Revela experiências singulares e permite generalizações naturalísticas, ou seja, a possibilidade de associar os dados encontrados com outras experiências.

Utiliza linguagem e forma mais acessível do que outros tipos de pesquisa.

No projeto, estava prevista uma análise mais qualitativa das informações sobre as unidades de saúde providas de hotelaria. Entretanto, foi percebida a necessidade de se ter um conteúdo sistematizado como referencial e, como não foi encontrada uma base adequada como referência, a análise de conteúdo dos relatórios pareceu a melhor opção para diagnosticar como ocorre a implementação da hotelaria nas unidades hospitalares selecionadas.

Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo é uma das várias técnicas de pesquisa que pode ser usada na análise de textos. Berelson a conceitua como "uma técnica de pesquisa para a descrição sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto nas comunicações tendo por objetivo interpretá-las"[16].

Weber[17] refere que a análise de conteúdo é um método para "codificar o texto (ou conteúdo) de escritos em vários grupos (ou categorias) dependendo do critério selecionado".

Bardin define a técnica de análise de conteúdo como:

> [...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos sistematizados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens[18].

Para Kolbe e Burnett[19], a utilização da técnica de análise de conteúdo deve estar pautada em um processo que leve à objetividade e à confiabilidade que, segundo os mesmos estudiosos, se refere: "ao processo pelo qual categorias analíticas são desenvolvidas e usadas. Definições operacionais claras e regras e procedimentos detalhados para a codificação são necessários para facilitar um processo preciso e confiável".

A condução da análise dos dados abrange várias etapas, a fim de que se possa conferir significação aos dados coletados[12,20,21.] No que se refere às diferentes fases inerentes à análise de conteúdo, embora os autores diferenciem o uso de terminologias, apresentam semelhanças[21].

Este estudo optou por adotar as etapas da técnica propostas por Bardin[18]. Essas etapas são organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, da pré-análise, foi desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais e compreendeu a leitura geral dos relatórios.

A segunda fase, da exploração do material, consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Nessa fase, o texto dos relatórios, dos quais se identificaram as palavras-chave, foi recortado em unidades de registro, resumiu-se cada parágrafo para realizar uma categorização, agrupadas de acordo com temas correlatos Dessa forma, o texto dos relatórios foi recortado em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), agrupadas tematicamente às quais possibilitaram as inferências. Por esse processo indutivo ou inferencial, procurou-se não apenas compreender o sentido das palavras da Autora, mas também buscar outra significação, ou outra mensagem através ou junto da mensagem primeira[22].

A terceira fase, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (relatórios). A análise comparativa ressaltou os aspectos semelhantes e diferentes.

Ainda, como fonte de dados, destaca-se a realização da técnica de observação direta na rotina organizacional, ou seja, através da técnica de observação, buscou-se conseguir informações, utilizando os sentidos no processo de alcançar certos aspectos da realidade, à primeira vista incompreensíveis. Trata-se de um instrumento de investigação, advindo da Antropologia, onde se constitui uma técnica de pesquisa fundamental.

A observação desempenha papel importante, pois obriga o investigador a estabelecer um contato direto com a realidade estudada[23].

Dentre as técnicas de observação existentes, optou-se pela observação direta, com o propósito de facilitar o entendimento do comportamento dos indivíduos. Esse tipo de observação pôde ocorrer, pois a pesquisadora esteve presente fisicamente, monitorando os acontecimentos. Como vantagem, essa técnica se apresenta muito flexível, pois permite registrar os eventos assim que ocorrem. O pesquisador também é livre para trocar de lugar, mudar o foco das observações ou concentrar-se em fatos inesperados, além de permitir a comparação entre as informações recebidas das pessoas pesquisadas e a própria realidade.

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico é entendido, neste estudo, como o diálogo entre a teoria e o problema a ser investigado. O marco teórico conceitual busca contextualizar o tema, inclusive do ponto de vista histórico.

A linha base ideológica deste estudo se compõe de referenciais teórico-conceituais; a evolução histórica do hospital; os conceitos de humanização da assistência; a política nacional de humanização; o acolhimento como princípio da Política Nacional de Humanização (PNH) e a hotelaria hospitalar.

A evolução do hospital

A palavra hospital vem do latim *hospitalis e* significa 'ser hospitaleiro' e, também, 'aquele que hospeda'. A criação dos hospitais foi estimulada principalmente pelo aprimoramento do aprendizado da medicina e pela evolução das obras sanitárias. Inicialmente, o hospital nasceu como local de isolamento e já existia na Grécia de Esculápio[1] onde sacerdotes prescreviam os tratamentos, a partir de intervenções divinas e forças sobrenaturais expressas em sonhos. Esses templos se localizavam geralmente em regiões elevadas nas quais se podia desfrutar de belas paisagens, e pela cuidadosa implantação que levava em conta os aspectos bioclimáticos[6] (Figura 1).

À época, havia também, com menor alcance, uma abordagem assistencial mais empírica e racional, baseada na observação da natureza e seus fenômenos[2], e praticada por médicos que atuavam de forma itinerante ou atendiam individualmente em seus próprios estabelecimentos, semelhantes a consultórios e conhecidos como *iatreion*[6].

Figura 1

[1] Esculápio ou Asclépio era o deus da Medicina e da cura na mitologia grego-romana. Não fazia parte do Panteão das divindades olímpicas, mas acabou por se tornar uma das divindades mais populares do mundo antigo. Existem várias versões sobre o seu mito e em uma delas é filho de Apolo, um deus, e de Corônis, uma mortal. Seu culto espalhou-se por vastas áreas da Europa, pelo norte da África e Oriente Próximo, sendo cultuado em inúmeros templos e santuários, que atuaram como hospitais. Asclépius teve duas filhas a quem ensinou a sua arte: Hygeia (de onde deriva 'higiene') e Panacea (deusa da cura).

[2]Esta abordagem tinha como referência o raciocínio e a observação dos primeiros filósofos, que associavam a doença a uma desarmonia entre o homem e o ambiente.

Esculápio curando no templo.

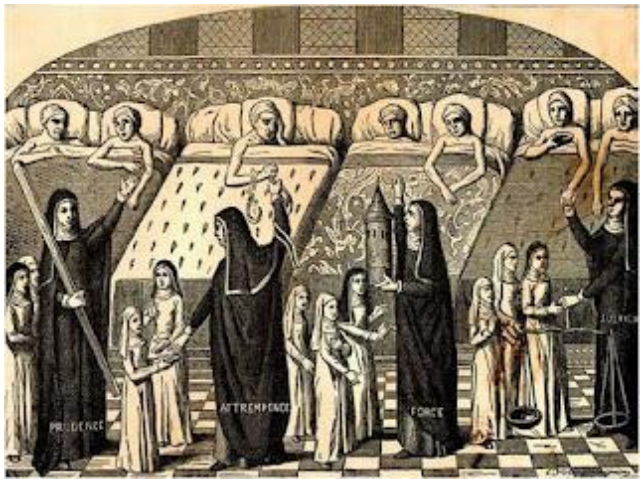
Fonte: Accessed in 12/01/2015. Avaiable from:
< http://1.bp.blogspot.com/-ENHJQnAcDCc/TxsMseEBUOI/AAAA...>.

Na China, no Ceilão e no Egito aC, há registros de hospedarias, hospitais e hospícios, palavras com a mesma raiz latina, nos quais almas piedosas patrocinavam e cuidavam de peregrinos, crianças, velhos, vagabundos e doentes[6].

O Império Romano continuou com as práticas da medicina grega, mas desenvolveu os sistemas de abastecimento de água e de saneamento, o que contribuiu para melhorar as condições de salubridade no meio urbano em desenvolvimento. No entanto, tanto no período helênico quanto no início do romano, a assistência à saúde, praticada por médicos, era privilégio da elite abastada, o que deixava os menos favorecidos economicamente, os trabalhadores e os escravos à mercê de uma medicina popular e do misticismo[7,8].

Na Idade Média, o hospital adquiriu novos contornos e missões. O adoecimento era considerado punição pelo pecado, possessão demoníaca ou produto de feitiçaria, mas era preciso fortalecer o corpo, entendido como o reservatório da alma, para que pudesse enfrentar essas adversidades. A abordagem da assistência orientava-se pela religiosidade e pela filantropia, incentivadas pelo pensamento cristão, como meio de garantir as bênçãos divinas e a salvação das almas dos que a praticassem. O controle era exercido pelas ordens religiosas e a prática da assistência se dava nas grandes enfermarias anexas aos monastérios situados nas periferias das cidades ou vilarejos de onde os pacientes podiam ver um altar[6] (Figuras 2 e 3).

Figura 2



Do leito da enfermaria, o paciente via o altar e acompanhava a missa.
Fonte: Acessed in 12/01/2015. Avaiable from:
< http://2.bp.blogspot.com/-....KjaEY/s640/m1.jp>.

Figura 3

Hôtel-Dieu, fundado em 661, por volta do ano 1500 (no fundo da ala),
observa-se um altar para que os doentes pudessem ter a Missa).
Fonte: Accessed in 12/01/2015. Avaiable from:
< http://www.portaldafamilia.org/images/Hotel_Dieu_Paris_about_1500.jpg>.

O Império Romano continuou com as práticas da medicina grega, mas desenvolveu os sistemas de abastecimento de água e de saneamento, o que contribuiu para melhorar as condições de salubridade no meio urbano em desenvolvimento. No entanto, tanto no período helênico quanto no início do romano, a assistência à saúde, praticada por médicos, era privilégio da elite abastada, o que deixava os menos favorecidos economicamente, os trabalhadores e os escravos à mercê de uma medicina popular e do misticismo[24,25].

Do final da Idade Média ao século XVII, os hospitais cresceram e passaram a representar uma mistura de asilo para os pobres e os idosos, espaços de reclusão dos doentes acometidos por doenças epidêmicas, além de espaços de exclusão dos marginalizados da sociedade, como os loucos, as prostitutas e os desocupados[6]. Esta situação transformou o hospital em local de desordem e reforçou a sua imagem de lugar onde se esperava a morte. Segundo Rosen[6], o Renascimento é de suma importância no processo, pois representa a transição da civilização medieval para a civilização moderna, quando a ciência começa a se desenvolver, marcada pelo crescente uso da experimentação e da análise matemática dos fenômenos naturais que desenvolveu grandemente a epidemiologia e a observação clínica, além, também, do desenvolvimento da concepção atmosférico-miasmática sobre o surgimento das doenças e da teoria do contágio[3,6].

A Europa pós-renascimento viveu mudanças econômicas, políticas e sociais que levaram à reestruturação do desenho urbano. Com o crescimento do comércio, as cidades começaram a atrair a população rural. Esse movimento trouxe, além de oportunidades de trabalho, problemas de saúde. Nesse contexto, remodelou-se o hospital que, a princípio, se caracterizava como um "morredouro", lugar de controle e restrição dos desvalidos, e cujo papel principal se remetia à salvação da alma e não à cura[6]. O principal objeto de intervenção não era o enfermo, mas o ambiente que o circundava. Em torno de cada um dos doentes era preciso constituir "um pequeno meio espacial individualizado, específico, modificável segundo o doente, a doença e sua evolução"[7].

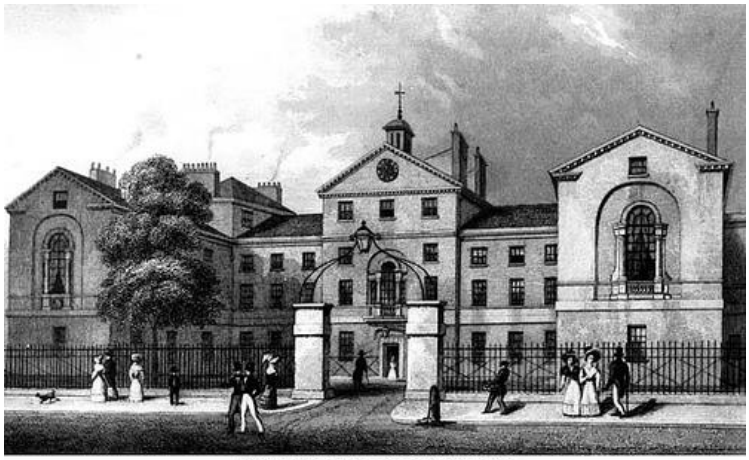
No século XVIII, com a presença da clínica, o hospital se torna o local de observação, acumulação, formação e transmissão do saber. A pesquisa da doença se dá através de casos e das correlações entre eles. A doença era concebida como um fenômeno da natureza que se desenvolvia por uma ação particular do meio sobre o indivíduo e, nessa perspectiva, o principal alvo de intervenção não era o doente, mas o meio que o circundava. Em torno de cada doente era preciso constituir "um pequeno meio espacial individualizado, específico, modificável segundo o doente, a doença e sua evolução"[7].

Dessa forma, somente, ao final do século XVIII, em torno de 1780, o hospital se tornou espaço destinado à cura, com o surgimento de nova prática: a visita e a observação sistemática e

[3] Nessa época de transição, de um lado, os adeptos da teoria do contágio empenhavam-se em identificar um princípio causal para cada doença; de outro, os defensores da 'constituição epidêmica' advogavam serem as epidemias consequência de desequilíbrios de uma constituição atmosférica e corporal, ou seja, a teoria atmosférico-miasmática associava o aparecimento de algumas doenças à contaminação do ar por partículas que se elevavam do solo sob determinadas condições do clima, e os estudos sobre o contágio relacionavam o aparecimento de doenças ao contato pessoa a pessoa, à transmissão através de agentes intermediários ou pelo ar[7].

comparada do hospital, à época considerado "um objeto complexo de que se conhecem mal os efeitos e as consequências, que age sobre as doenças e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las"[8]. Segundo Foucault[8], o hospital que surgiu no século XVIII, significou o início de uma mudança com relação à antiga instituição hospitalar; o espaço e as rotinas vão se reinventar em outro sentido – o domínio o corpo e da cura dos sujeitos, inaugurando certo rompimento com o hospital exclusão. O autor ainda ressalta, nos relatos das viagens realizadas por Howard e Tenon[4] pela Europa, o número de doentes por hospital e sua relação com o número de leitos, as taxas de mortalidade e de cura, as descrições sobre a área física e sua forma de ocupação; as trajetórias seguidas pelos fluxos de roupas e lençóis utilizados etc. Entre outras informações, relata uma pesquisa que correlaciona fenômenos patológicos e espaciais (Figura 4).

Figura 4



Middlesex Hospital, London, early 19th century.

Fonte: Accessed in 12/01/2015. Avaiable from:
< http://4.bp.blogspot.com/-4FORuwdvdq0/UM5F9nm-...>.

O modelo hospitalocêntrico de cura continuou a crescer, e as guerras geradas pelas políticas expansionistas dos Estados absolutistas tornaram os cirurgiões cada vez mais necessários e lhes conferiram crescente prestígio, pois, com a cirurgia se desenvolveram técnicas de anestesia e

[4] O inglês John Howard pesquisaria prisões e lazaretos; o francês Tenon foi convidado pela Academia de Ciências a estabelecer um novo programa hospitalar para o Hôtel-Dieu, de Paris, parcialmente destruído por um incêndio. Vale lembrar que Tenon era médico e Howard, um filantropo com competência sociomédica. Dessa forma, seus relatórios não se detinham nos aspectos formais das edificações visitadas, e sim nas suas características funcionais, levantando o número de pacientes, a quantidade de leitos, a área e a altura das enfermarias, a cubagem de ar por paciente e comparando esses dados às taxas de mortalidade e de alta.

antissepsia. Desde então, a infecção hospitalar é alvo de preocupações. "Semmelweiss[5], em 1847, ao incriminar a infecção por contato através das mãos, recomendou insistentemente uma tecnologia singela: a lavagem das mãos[8]".

Ainda, na Europa, do final do século XVIII e princípio do século XIX, como consequência da Revolução Industrial, impulsionada a partir de 1750, surgia e crescia nova e poderosa classe social, a burguesia, incutida de novas aspirações na esfera socioeconômica e moral. Foram, então, implementadas novas providências mais eficazes no que concerne ao campo da higiene e da saúde pública[9].

Foucault[9] analisa os fenômenos de estruturação do Estado, urbanização e industrialização e a consequente estruturação das ações coletivas e sociais em saúde na Europa. Na França, a medicina urbana tinha como principais objetivos analisar, no espaço urbano, os lugares de acúmulo e amontoamento que pudessem provocar doenças e fenômenos endêmicos ou epidêmicos, assim como controlar a circulação da água e do ar e organizar a distribuição de elementos necessários à vida urbana, como, por exemplo, o esgoto; na Inglaterra, a medicina da força de trabalho foi marcada pela Lei dos Pobres[6,26]que comportava controle médico do pobre. Assim, os mais desfavorecidos eram tratados gratuitamente, ou sem grandes despesas e, dessa forma, garantia-se a proteção das classes ricas de fenômenos epidêmicos originários das classes menos abastecidas. Essa política foi complementada e fortalecida com serviços de controle médico da população (*health service*), com intervenções nos locais insalubres, com identificação dos mesmos e destruição de focos.

O século XIX marcou o surgimento da medicina moderna, quando a prática do saber médico se associa à racionalidade científica: "As descobertas em diversos campos das ciências da

---

[5] Ignaz Semmelweis era um médico húngaro cujo trabalho demonstrou que a lavagem das mãos pode reduzir drasticamente o número de mulheres que morrem após o parto. Este trabalho teve lugar na década de 1840, quando ele era diretor da clínica de maternidade no Hospital Geral de Viena, na Áustria. Todos nós agora sabemos o quanto é importante lavar as mãos. Nos hospitais, as estirpes resistentes aos antibióticos de bactérias são eliminadas pelo simples ato de lavar as mãos.

[6] A Lei dos Pobres foi criada em 1601, no final do reinado da Rainha Elizabeth. [...] na época, houve a necessidade da criação dessa lei, a partir de alguns fatores básicos que contribuíram para isso: o aumento excessivo da população, o fato de a igreja pregar que era dever do estado suprir as necessidades dos menos favorecidos e, por ultimo, um controle hegemônico perante a população. A Lei dos Pobres suplementava os salários de fome, então pagos proporcionalmente ao preço do trigo e ao número de filhos da família. O dinheiro necessário não vinha diretamente do Estado, mas da "taxa dos pobres" paga pelos contribuintes cujas posses ultrapassassem um valor determinado. Para os proprietários de terras o sistema era muito vantajoso, pois transferia a todos os contribuintes os gastos com os trabalhadores e, na entressafra, quando o salário era cortado, os trabalhadores eram mantidos com o adicional garantido pela "Lei dos Pobres". A "Lei dos Pobres" concedia auxílio financeiro, mas obrigava os homens capazes a prestarem serviços em asilos e albergues. As crianças tinham que frequentar a escola e quem não trabalhava era açoitado, preso e poderia ser até condenado à morte. O salário deveria ser suficiente para garantir apenas a "existência" dessas pessoas. A Lei consolidou a ideia de que o Governo é responsável pelos pobres e foi o embrião do moderno Estado do Bem-Estar Social[11].

natureza como a biologia, anatomia, bacteriologia e outras disciplinas começam a afastar a medicina do seu empirismo e construir o hospital científico moderno"[7].

Para Foucault[8], o primeiro fator de transformação do hospital em instrumento terapêutico não foi a busca de uma ação positiva do ambiente hospitalar sobre a doença, mas sim a reversão dos efeitos negativos que esse ambiente proporcionava, não só em termos de agravamento e disseminação das doenças, mas também em termos de conflitos econômicos e sociais de que era palco. A organização do hospital se deu por meio da disciplina, descrita por Foucault da aplicação do poder disciplinar que incluía as seguintes medidas: a distribuição espacial dos indivíduos, a partir de uma análise e organização do espaço; o controle sobre os indivíduos, suas ações e respectivos resultados; a vigilância constante sobre os indivíduos, submetendo-os a uma hierarquia de olhares durante a execução das tarefas; o registro contínuo das atividades, com anotação e transferência, de baixo para cima, dos dados ao longo de uma "pirâmide disciplinar". De acordo com Foucault, a introdução desses mecanismos disciplinares no espaço hospitalar, associada a uma transformação da prática e do saber médicos iriam possibilitar a sua efetiva medicalização - a "formação de uma medicina hospitalar"[8].

No mesmo período, segundo Foucault[9] se constituiu também "uma medicina do meio", onde a doença era considerada um fenômeno que obedecia a leis naturais, abordagem que incorporava preocupação com tudo o que circunda a doença: o ar, a água, a temperatura, a alimentação.

O desenvolvimento das ciências no século XIX levou a que o espaço destinado à assistência à saúde se transformasse juntamente com a noção da influência das características do ambiente sobre a propagação das doenças. O hospital contemporâneo, denominado por Foucault de "máquina de curar"[9] começava a ser medido em sua eficiência pela complexidade e modernidade das tecnologias que era capaz de oferecer e pela funcionalidade de seus fluxos operacionais.

A doença deixa de ser concebida como forma de existência que invade o corpo e passa a ser percebida como decorrência de um processo com existência material nos componentes do próprio corpo. Dessa forma, se antes o âmago da intervenção era no meio ambiente, ele se desloca para o corpo do indivíduo, o que caracteriza o rompimento com o hospital exclusão[9].

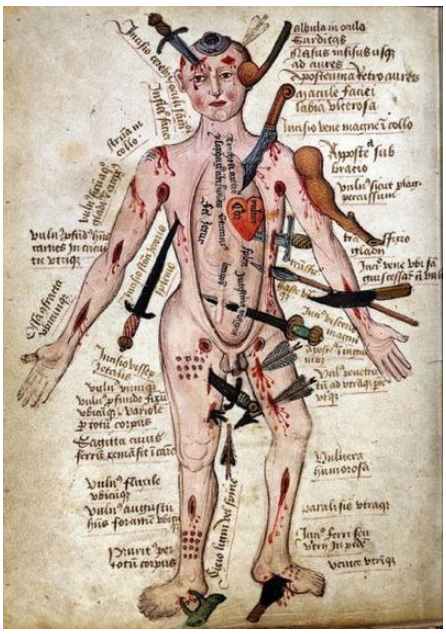
Segundo análise de Foucault, a prática médica da época se dividia em duas tendências: a medicina exercida externamente ao hospital (residências das classes economicamente favorecidas), e outra, dentro dos hospitais, campo de prática, destinado ao atendimento dos desvalidos e da classe menos favorecida da sociedade[9].

1.1.1 A mudança do foco da intervenção: do meio ambiente para o corpo

Novos estudos e descobertas levaram à mudança drástica com relação às intervenções sobre a doença, que passou a ser centrada em seus aspecto

s biológicos, com tratamentos realizados baseados na imunização e no uso de medicamentos. As patologias deixaram de ser concebidas como condição que invade o corpo e passaram a ser compreendidas como decorrências de um processo com existência material nos componentes do próprio corpo[9]. Nessa linha, se, antes, o foco de intervenção centrava-se no meio ambiente, a partir daí, se transferiu para o corpo do sujeito e determina a ruptura com o hospital exclusão.

Figura 5



Fonte: [accessed in 20.12.2015]. Avaiable from: < http://ulbra-to.br/encena/uploads/tumblrmslbh09m741qkj3rmo1400.jpg>.

Os estudos de Pasteur mudaram radicalmente a prática médica. Com a descoberta do agente etiológico (microrganismo) se institucionalizou uma forma de intervenção sobre a doença centrada em seus aspectos biológicos, o tratamento passou a ser baseado na imunização e uso de medicamentos. O modelo biológico se torna hegemônico na medicina; dissocia-se do social. Sob o

domínio desse paradigma, as questões sociais no entendimento do processo saúde-doença tornam-se obscurecidas e tendem a naturalizar-se[27].

Assim, o exercício da clínica, outrora assentado na história natural da doença, passou por uma transformação de conceito, fundamentando-se em um conhecimento anatomopatológico que surgiu a partir da observação e da experimentação. À vista desse movimento, a prática médica, antes realizada fora do hospital, passou a ter nele – hospital - um espaço privilegiado de atuação[8,9].

O hospital moderno, ao se estabelecer como campo fértil de diversas experiências, se tornou ambiente privilegiado para a pesquisa e o ensino da prática médica, cuja função sobrepujou a de cuidar dos enfermos, pois ele passou a acolher nova incumbência - fomentar e incorporar tecnologias inovadoras. Entretanto, consequentemente às transformações oriundas do processo de industrialização e do surgimento de inovações, novas intervenções emergiram no campo da prática médica, que fizeram com que o processo de trabalho dentro do hospital, antes atributo de uma única profissão - a do médico - fosse transformado em um campo de práticas que passaram a intervir no corpo enfermo, de maneira coletiva. Assim, de um exercício profissional único adveio uma prática múltipla e coletiva, que fomentou a valorização de novas profissões e o surgimento do trabalho multiprofissional no espaço hospitalar[9].

No entanto, convém lembrar que a "era de ouro" dos hospitais, período que marcou a grande expansão dos hospitais no mundo, ocorreu apenas a partir da metade do século XX, no pós-guerra e que se caracterizou pela conjunção, nos países europeus, de altas taxas de crescimento econômico, com a conformação dos Estados de Bem-Estar Social, que levou à expansão das políticas sociais. A partir dessa conjuntura, a saúde passou a ser reconhecida como direito de cidadania, e os sistemas nacionais de saúde constituídos como modo de garanti-la, organizados, de maneira geral, com base no modelo hospitalar. O hospital passou a ser o espaço de desenvolvimento e incorporação de tecnologias da indústria médico-assistencial e a exercer papel na atenção à saúde, na formação de profissionais, simbolizando prestígio, sofisticação tecnológica, conforto e segurança para o paciente[10].

O novo processo de trabalho, característico da área de saúde, consolidou uma realidade aos hospitais dos dias atuais, nos quais existe divisão técnica e social do trabalho de profissões e qualificações diversas que convivem em um mesmo setor ou enfermaria. Essas equipes multiprofissionais, a partir da soma de seus diferentes saberes, possibilitam alternativas de

tratamento nos cuidados em saúde. No entanto, a interdisciplinaridade, presente no processo de trabalho em saúde, também gera dificuldades no campo de trabalho do hospital, pois o corporativismo e a falta de humildade no que concerne à troca de informações atravessam esse espaço e criam obstáculos na maneira de trabalhar e de pensar de forma coletiva; fragmentam o trabalho em saúde e prejudicam os cuidados em saúde. Essa fragmentação começa pela diversidade de especializações médicas, que acabam tendo escuta limitada. As visões acerca da doença do usuário são relacionadas aos órgãos comprometidos e, portanto, tendem a se tornar parciais, por se delimitarem apenas às suas especialidades. A doença e o próprio sujeito/paciente são vistos de forma fracionada[28].

Todavia, há, também, um processo de hierarquização dentro dos hospitais, não somente no que diz respeito às diversificadas especialidades médica, mas igualmente com relação às diferentes profissões da área de saúde que atuam no ambiente hospitalar, o que aumenta ainda mais a fragmentação dos cuidados em saúde.

Para Foucault[28], o poder não é um tipo particular de relações entre os indivíduos, pois não é uma substância. Ele não tem uma origem, uma fonte ou uma essência que o vincule ao Estado, à lei ou às instituições constituídas, portanto, deve ser compreendido como uma multiplicidade de relações de forças imanentes ao domínio em que são exercidas; o jogo que, por meio de lutas e afrontamentos incessantes, transforma-as, reforça-as e as inverte.

Segundo Foucault[28], identificar "quem tem o poder" não é importante; antes disso, é preciso estudá-lo no ponto em que se implantam e produzem seus efeitos reais. Nesse sentido, o autor se interessa principalmente pelos efeitos de verdade que o poder produz e como ele se legitima nas relações, como cria discursos que funcionam como norma.

Foucault[28] define poder como uma relação de forças, ou melhor, para o autor, toda a relação de forças é uma relação de poder, o que leva à possibilidade de se conceber uma lista, necessariamente aberta, de ações que exprimem uma relação de forças ou de poder, que constituem ações sobre ações: incitar, induzir, desviar, tornar fácil ou difícil, ampliar ou limitar.

Foucault[28] compreende o poder "como não sendo uma instituição, nem uma estrutura, nem um poder estatal, mas um lugar estratégico onde se encontram as relações de forças" e, segundo ele, qualquer agrupamento humano estará sempre permeado por relações de poder, pois o pressuposto

básico para a manifestação desse tipo de poder são as relações inerentes à vida social. É preciso levar em consideração que o fenômeno da dominação, com as diversas relações de poder que lhe são imanentes, antecede o próprio Estado.

Nessa linha, o receio de perder poder para os administradores hospitalares pode impedir que os médicos visualizem a possibilidade de agregar novos conhecimentos para o crescimento institucional, o que os leva a correr o risco de estagnar, muitas vezes, seu negócio durante longos períodos ou até mesmo levá-lo à desmaterialização.

Cecílio[29] sugere que a autonomia dos médicos apoiaria as ações em comum, se guiasse os gestores hospitalares para um futuro mais assertivo e comungasse com os interesses da organização sempre que fosse colocada em prática.

O poder legal deve e precisa ser utilizado para conduzir as ações com firmeza e objetivo, mas o "despoder" dos que são contratados para gerenciar as instituições hospitalares enfraquece o poder em comum. Luz[30] considera que a estrutura hierárquica se decompõe diante das várias faces dos desejos individuais, dos interesses que geram conflitos entre os proprietários e administradores responsáveis pela racionalidade da produção.

Hall[31] discute a concepção de conflito de interesses e apresenta a ideia de que haveria três possíveis visões de conflito. A primeira encara o conflito como um fenômeno raro e transitório; a segunda, mais radical, entende o conflito como uma força motora onipresente e causadora de ruptura; e a terceira sugere que o conflito pode ser um aspecto reprimido do sistema social, nem sempre visível no nível empírico como uma realidade, aparecendo de forma silenciosa ou, não ruído.

Luz[30] afirma que as organizações formais e hierárquicas facilmente produzem atores autoritários, que são também profissionais interessados em organizar os serviços e a produção. Os médicos, mesmo inconscientemente, tomam a direção de suas organizações para não perderem as rédeas de seus negócios, embora mudanças na estrutura organizacional e complexas informações na área de saúde possam colocá-los em desvantagem competitiva no setor administrativo.

Dessa forma, apesar da evolução incontestável das organizações hospitalares terem evoluído, elas ainda se encontram sujeitas ao poder dos médicos proprietários e ao seu controle sobre os administradores hospitalares[10].

Ressalte-se que os médicos, em seu trabalho, fazem a diferença, mas é preciso que os papéis o papel deles – médicos- e dos administradores sejam redefinidos, para que a parceria entre eles resulte em vantagem competitiva e, ambos colaborem, efetivamente, para o aumento da produtividade e do aperfeiçoamento da qualidade dos serviços prestados pela organização hospitalar à comunidade a que serve[10].

Os modelos tecnoassistenciais, no século XX desenvolveram uma clínica centrada nos conceitos flexnerianos, ou seja, com base na pesquisa biológica e restrita ao desenvolvimento de uma *expertise* de intervenção no corpo anatomofisiológico[32].

Dessa forma, houve reducionismo da prática clínica que simplificou a ideia de produção do cuidado em saúde. Por outro lado, os modelos alternativos construídos nesse período estiveram centrados na ideia da vigilância à saúde e não conseguiram operar uma reforma significativa da clínica. De acordo com Franco e Merhy:

> Essa dicotomia que é da história da reforma sanitária brasileira produziu grande habilidade para a vigilância e deixou à mercê do mercado o modelo médico hegemônico de condução da clínica, o que resultou em modelos voltados para a produção de procedimentos e processos de trabalho centrados na lógica instrumental, na maquinaria, em detrimento de abordagens mais relacionais[26].

Merhy e Franco[27] trazem uma reflexão sobre o conceito de tecnologia em saúde como um conjunto de ferramentas que envolvem ações de trabalho e diferenciam os recursos materiais e saberes. O conceito de "tecnologia leve" associa à gestão, relações de produção de vinculo, acolhimento, e às "tecnologias leveduras", saberes já estruturados, como a clínica médica, a epidemiologia, a clínica psicanalítica. Além de equipamentos, devem-se incluir a sabedoria e o conhecimento para operá-los.

Para Pasche e Passos:

> A história nos ensina que movimentos de crítica, reflexão e recomposição no campo da saúde, que redefinem conceitos e modos de organizar o setor, são incessantes e ininterruptos. Especificamente no caso brasileiro, as transformações mais importantes no sistema público de saúde, impetradas desde meados dos anos de 1980, decorreram da emergência e da produção teórico-metodológica da saúde coletiva[33].

Para a concretização da reforma sanitária, deu-se início à proposta de territorialização da saúde, com a descentralização dos equipamentos e criação de novos e o incentivo à abertura de conselhos locais, com a participação dos estados da federação. As políticas, na época, propunham, através da municipalização, a expansão das unidades básicas de saúde em distritos sanitários, com ações de vigilância epidemiológica, atividades em conselhos comunitários de saúde, controle dos fatores de risco, além do atendimento médico e controle social.

Em a Reforma da Reforma, Campos[34] propôs o estreitamento da relação entre trabalhadores e pacientes, que pode acolher e prestar atenção às urgências de pequena e média gravidade que chegam as unidades, assim como o acompanhamento posterior pela equipe de saúde. Ressalta-se, ainda, a importância da responsabilização da equipe que ocorreria por meio da vinculação dela – equipe - a certo número de pacientes do atendimento à demanda espontânea que chega à Unidade, assim como a responsabilidade com os problemas coletivos.

A proposta seria ainda de aposta no autogoverno das equipes, autonomia dentro das diretrizes gerais das políticas de saúde, se organizando e planejando de modo a poder intervir na produção de saúde/doença. O planejamento das assessorias de nível central deveria, na radicalização dos espaços democráticos, fazê-lo em consonância com a construção no cotidiano dos serviços de saúde[34]. Campos apontou para a importância da equipe de apoio que estaria na própria unidade, ou na articulação nos distritos, potencializando essa construção da base de forma coletiva[34].

Nas unidades hospitalares, a proposta de modelo de gestão e atenção, não seria diferente, se afirmava a necessidade de criação dos espaços de gestão colegiada com a participação dos trabalhadores, usuários e autoridades sanitárias de cada região. A ideia seria construir um sistema de saúde diferente da concepção rígida de hierarquização, mas com relações mais horizontais entre os vários serviços seja dentro da unidade, seja na relação com os outros equipamentos da rede, desburocratizando o SUS.

As propostas, abertas por Campos[35] e outras, divulgadas no início da década de 90, resultaram do movimento "Em Defesa da Vida", formuladas por alguns militantes do movimento sanitário que atuavam nas redes municipais da região de Campinas, vinculados ao Laboratório de Administração e Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (DMPS/[7]UNICAMP) desde o final da década de 80. Essas propostas se

[7] Em 2011, o DMPS passou a se chamar Departamento de Saúde Coletiva (DSC), a fim de demarcar uma maior sintonia entre as práticas de seus atores e o campo no qual, de fato, se inserem na atualidade.

alimentaram não apenas da experiência de gestão e atenção em Campinas como da experiência em outras cidades como Ipatinga, Belo Horizonte, Betim e Volta Redonda.

A sistematização da proposta "Em Defesa da Vida" foi divulgada na IX Conferência da Saúde em 1992, realizada em Brasília no período de 9 a 14 de agosto de 1992, presidida pelo então Ministro da Saúde, Adid Jatene, em um momento em que o País estava marcado por profunda crise ética e política, pois se esperava a conclusão dos trabalhos e a divulgação do Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), que apurava os desmandos e a corrupção do Governo Fernando Collor de Mello.

Adib Jatene conferiu ao evento a tarefa de definir a forma de viabilizar o processo de municipalização da saúde de acordo com o que determinava a Constituição Federal em vigor (CF/1988) e a legislação do SUS. De acordo com Nascimento:

> A IX Conferência contou com amplo processo de organização (que durante dois anos envolveu centenas de milhares de pessoas e representou a expressão fiel da vontade da sociedade de alcançar melhores condições de vida e saúde), produziu um Relatório Final e indicou um caminho a ser seguido no sentido de se superar a crise que, apesar da nova legislação já em vigor, atingia a saúde[32].

Os princípios que a norteavam eram a saúde, como direito de cidadania, e a reorganização dos serviços e do processo de trabalho de forma a humanizar as relações entre trabalhadores e usuários, na busca de identificar as necessidades dos usuários e a garantia de acesso ao serviço, recursos tecnológicos necessários, a gestão democrática e controle social, garantindo o acesso à informação e atuação dos setores sociais nas definições dos rumos da política de saúde e na democratização das relações entre Estado e sociedade[32].

Enquanto diretriz operacional, a proposta defende a construção de serviços de saúde que, através da mudança de processo de trabalho em saúde, acolham os usuários, possibilitem a identificação dos problemas de saúde que eles trazem, criem vínculos e se responsabilizem pela saúde desses usuários e, dessa forma, contribuam efetivamente para aumentar-lhes a autonomia.

Santos et al. afirmam que:

> O Modelo em Defesa da Vida vale-se dessa ótica conceitual de saúde para nortear os princípios de ação dos projetos propostos por ele, quais sejam: acesso e acolhimento, vínculo e responsabilização, responsabilidade sanitária, resolutividade, gestão democrática e controle social[36].

No entanto, ao contrário do que se propõe, na saúde, a consequência é evidente: vários profissionais de saúde que cuidam de um mesmo paciente, no organograma, não configuram uma

equipe, tendo cada profissional o seu chefe (enfermeiros têm chefes enfermeiros, médicos – chefes médicos e, assim por diante).

É, nesse contexto, que Campos[37] desenvolveu um método de gestão do trabalho que tem como proposta a construção da democracia organizacional e como objetivo aumentar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos. O método nomeado de Apoio Paideia é uma proposta de cogestão de coletivos de produção crítica e propositiva.

A tese parte de crítica à racionalidade gerencial hegemônica e propõe método que busca favorecer a democratização nas organizações, a partir da formação de coletivos organizados voltados para a produção de bens ou serviços, e do incentivo à participação dos sujeitos da organização e de seus processos de trabalho. Para tanto, o método parte de uma concepção ampliada de gestão, fundamentada na análise crítica da teoria política, da administração e planejamento, da análise institucional e da pedagogia[37].

Para favorecer a democratização, o método sugere a ampliação dos objetos e objetivos da gestão em saúde. Propõe-se a considerar aspectos políticos, pedagógicos e subjetivos que fazem parte da organização, além de administrativos e financeiros; e a produção dos sujeitos e dos coletivos organizados, além da produção de bens ou serviços. A essência do método está em envolver os sujeitos e coletivos organizados na análise de sua própria práxis, com o objetivo de ampliar a capacidade dos mesmos de intervir sobre a realidade. Para essa ampliação da capacidade de analisar e intervir sobre a realidade o autor[35] utiliza o conceito grego de "efeito Paideia"[8].

O Método Paideia propõe, para favorecer a participação dos sujeitos na gestão dos processos de trabalho e organização, um conjunto de arranjos e dispositivos. Dentre eles, a constituição de Espaços Coletivos e o Apoio Institucional. O Espaço Coletivo é todo arranjo formado por um conjunto de pessoas envolvidas com a produção de algum bem ou serviço que tenha valor de uso para a sociedade, inserido em uma organização. O método é autoaplicável em determinado Espaço Coletivo, ou conta com apoio externo[37].

O apoio institucional, por sua vez, é um arranjo que visa inserir um agente externo ao Espaço Coletivo, que se envolve com o grupo, tanto no que diz respeito à sua constituição, como

[8]O conceito clássico de Paideia pressupunha a existência de um potencial de desenvolvimento em seres e sociedades humanas que adotassem princípios e procedimentos de uma educação integral dos sujeitos. Cidadania (direitos), democracia participativa (Ágora) e Paideia constituíam a tríade imaginada pelos atenienses, durante o período clássico, capaz de garantir-lhes o bem-estar. O efeito Paideia adviria de um trabalho interno, imanente às pessoas. A cidadania e a democracia contemplariam os elementos transcendentes a cada indivíduo, os quais constituiriam um ambiente favorável ao desenvolvimento integral das pessoas. Naquela época, a sociedade ateniense, em alguma medida, ao pensar um projeto de desenvolvimento, conseguia escapar da falácia de optar ou pelo indivíduo ou pelo coletivo; ou ainda, de escolher entre determinação estrutural e determinação da vontade humana, na explicação do destino e da história. A democracia ateniense, em tese, tentou apoiar-se nessas dimensões polares e durou enquanto foi possível.

em relação à produção de bens ou serviços realizada pelo grupo em apreço. Campos[37] distingue, nesse ponto, o papel do apoiador em relação ao modo de operar do supervisor tradicional na administração. De acordo com ele, o supervisor utiliza-se da autoridade para fiscalizar as atividades dos trabalhadores e, para tanto, centra-se na disciplina, na avaliação e no controle das normas e dos resultados atingidos.

Na proposta do Apoio Institucional, o apoiador não deixa de considerar as normas externas, diretrizes institucionais, organizações dos processos de trabalho e resultados atingidos pelo trabalho do grupo. No entanto, ao invés de impor essas questões, utilizando o poder conferido pela suposta autoridade burocrática, propõe que essas questões sejam colocadas em debate para estimular a análise crítica do grupo.

A definição do papel do Apoio Institucional recebeu a contribuição de Onocko[38] que correlacionou essa função com dimensões da gestão. De acordo com a autora, a visão do modo da gestão tradicional circunscreve-se sob o aspecto do "gerir[9]" e pouco se considera o aspecto da gestão de "gerar[10]". Dessa forma, ao assumir a dupla dimensão da gestão, de gerir e gerar, o Apoio Institucional assume duas perspectivas de papéis que se inter-relacionam: o primeiro relativo a "Empurrar" o grupo para atingir seus objetivos e, ao mesmo tempo, oferecer "Suporte" à constituição do Espaço Coletivo democrático[38].

No que se refere à relação entre apoiador e a equipe apoiada, o método Paideia sugere que se estabeleçam contratos nos quais sejam contemplados expectativas, objetivos, regras e métodos de trabalho, entre outras questões pertinentes. A formação de contratos se baseia na tradição da psicanálise e da análise institucional, e pressupõe a existência de sujeitos com diferentes graus de autonomia.

No entanto, embora esse procedimento seja necessário, não é suficiente para implantar uma dinâmica democrática, pois não elimina as diferenças de poder ou de papéis na organização. Para isso, Campos[37] orienta analisar as relações de transferência e contratransferência existentes entre apoiador e a equipe apoiada, e entre os membros da equipe, para o que se torna necessário reconhecer a existência de fluxos de afetos: desejos, bloqueios ou interdições que podem existir sem que o grupo tenha plena consciência.

A transferência, considerada fenômeno dialético, no qual as partes influenciam a construção do significado atribuído ao outro, ao coletivo e aos resultados do trabalho, pode ser de três tipos: transferência entre apoiador e equipe, transferência nula ou enfraquecida, quando há pouco afeto

[9]Administrar, comandar.
[10] Dar origem, provocar.

circulando; transferência manipuladora, quando o apoiador utiliza o afeto existente para produzir dependência e processo de transferência criadora ou crítica, em que o apoiador, investido do afeto criado, o utiliza para elaboração e implementação de projetos do próprio grupo.

O método Paideia ainda possui um aspecto construtivista, o qual se expressa na tentativa de articular, de maneira simultânea, busca por informações, composição de textos interpretativos e construção de intervenções. Campos[37] distingue o método da tradição da teoria do planejamento, que condiciona a realização de intervenções à finalização de diagnósticos. Segundo o autor, um diagnóstico nunca é definitivo, sendo sempre circunstancial a determinado momento, mas sempre pode ser aprimorado. Considera-se que os grupos sempre dispõem de algum nível de informação capaz de gerar intervenções e, pelas intervenções, se aprimora o diagnóstico. Destaca-se, dessa forma, a preocupação em aproximar o saber, o momento de análise, com o fazer, compromisso com a tarefa, presentes na proposição dos grupos operativos[11].

A seleção de um tema, cuja escolha poderá ser um analisador do trabalho coletivo, pois evidencia os fluxos de investimento depositados pelo grupo sobre determinado objeto inicia o processo. A partir daí, propõe-se a construção de um texto, a partir de encadeamento de signos representativo da interpretação do Coletivo sobre o tema. Para a construção de textos, sugerem-se como recursos para coleta de dados a escuta, a observação e a leitura. O vocábulo "Escuta" é utilizado, a partir da conotação da Psicanálise, que busca o entendimento de sinais e sintomas na história de vida do analisando. Nesse caso, sugere-se a escuta da história de vida de uma organização, situação ou problema; a "Observação", por sua vez, se utiliza, a partir da análise sistematizada da realidade cotidiana de organização política e estrutural de funcionamento de um serviço; finalmente, a "Leitura", como recurso para apropriação de informações sistematizadas sobre o serviço[37].

[11] A técnica dos grupos operativos começou a ser sistematizada por Pichon-Rivière, médico psiquiatra, a partir de uma experiência no hospital de Las Mercedes, em Buenos Aires, por ocasião de uma greve de enfermeiras, que inviabilizaria o atendimento aos pacientes portadores de doenças mentais no que diz respeito à medicação e aos cuidados de uma maneira geral. Diante da falta do pessoal de enfermagem, Pichon-Rivière propõe, para os pacientes "menos comprometidos", uma assistência para com os "mais comprometidos". A experiência foi muito produtiva para ambos os pacientes, os cuidadores e os cuidados, na medida em que houve uma maior identificação entre eles e pôde-se estabelecer uma parceria de trabalho, uma troca de posições e lugares, trazendo como resultado uma melhor integração. A técnica de grupo operativo consiste em um trabalho com grupos, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações. A técnica do grupo operativo pressupõe a tarefa explícita (aprendizagem, diagnóstico ou tratamento), a tarefa implícita (o modo como cada integrante vivencia o grupo) e o enquadre que são os elementos fixos (o tempo, a duração, a frequência, a função do coordenador e do observador). Para Pichon-Rivière (1998), o processo grupal se caracteriza por uma dialética na medida em que é permeado por contradições, sendo que sua tarefa principal é justamente analisar essas contradições. O autor utiliza uma representação para mostrar o movimento de estruturação, desestruturação e reestruturação de um grupo, que é o cone invertido.

Outro aspecto importante do método do apoio é o trabalho com ofertas e demandas. Ofertas são as questões externas ao grupo, trazidas pelo apoiador: diretrizes institucionais, indicadores de produção, teorias, exemplos, entre outros; demandas são temas apresentadas pelo próprio grupo. Sugere-se que o apoiador estimule o grupo a apresentar as demandas, pois releva os investimentos do grupo. Ofertas e demandas devem ser trabalhadas simultaneamente, e colocadas sob análise crítica no grupo, de maneira que possam ser modificadas pelo coletivo[37].

Campos[37] identifica, nessa questão, quatro modos possíveis de análise dos coletivos: a "Análise Serial", que elimina aspectos contraditórios da realidade, sendo consequência de escuta serial[12], a qual produz textos em perspectiva única e totalitária; a "Análise Saturada", que decorre do excesso de dados, não permitindo a composição de textos, sendo retirada do coletivo a possibilidade de eleição de prioridades; a "Análise Ruído", em que emergem apenas os conflitos existentes no grupo e, por fim, a "Análise Reflexiva", que permite a expressão de paradoxos, contradições e conflitos, mas que também cria bases para as mudanças no grupo. Sugere-se que o apoiador busque desenvolver junto ao coletivo esse último modo de análise.

Campos[37], no entanto, reconheceu que sempre haverá limites para os Coletivos produzirem análises. Esses limites, entretanto, raramente são devidos à falta de informações ou de dados, sendo, em geral, determinados por obstáculos subjetivos, políticos e ideológicos.

E, por fim, sugere-se que o apoiador e a equipe disponham de núcleos temáticos de análise, entendidos como o objeto de reflexão de uma equipe ou coletivo como:

1. **Objetos de trabalho**: avaliação de compromisso, das responsabilidades e da organização do acesso por meio dos critérios de inclusão e exclusão;
2. **Equipe, práticas e meios de trabalho**: análise do núcleo e campo dos profissionais e da organização dos processos de trabalho, dados a partir da combinação de práticas e de recursos;

[12] Em uma situação constituída pelo conjunto dos homens e das coisas, os homens estabelecem relações de reciprocidade e de entendimento, formando uma simples comunidade hostil. O modo de ser desses indivíduos congregados apenas por relações formais (a espera de um ônibus ou as compras do mercado, por exemplo) é definido por Sartre como serial. Na série, a relação entre os indivíduos não é capaz de levar a cabo uma iniciativa em comum. Mas é, a partir dessa mesma serialidade, e dentro dela, que os grupos se formam, quando o livre exercício da práxis inicia uma luta para vencer, na série. O grupo, assim, surge a partir de uma relação espontânea contra a vida serial e se apresenta como uma organização livre de indivíduos, a qual se constitui como "negação" do coletivo na medida em que é uma agregação forçada pela situação dada, e contra ela. Sartre argumenta ainda que a consciência de um grupo se forma porque cada integrante capta a sua condição e a dos demais como vistas por consciências alheias para quem esse conjunto de pessoas existe como objeto de observação.

3. **Resultados**: análise dos produtos: bens ou serviços com valor de uso (eficácia), reprodução da organização: eficiência e legitimidade social e constituição de sujeitos: realização pessoal e obra;
4. **Objetivos**: análise da produção de Valores de Uso e atendimento às necessidades sociais e constituição de Sujeitos e de Coletivos;
5. **Saberes**: identificados a partir do referencial do modelo teórico conceitual;
6. **Diretrizes e Valores**;
7. **Oferecimentos**: análise das ofertas e elaboração de novas sínteses;
8. **Texto e capacidade de análise**: avaliação dos interditos e ocultos, temas mais trabalhados, demandas, conflitos e contradições, resistências e tipo de escuta;
9. **Objetos de investimento e ideal de grupo**;
10. **Espaços coletivos**: análise das relações de poder, tomada de decisão, função administrativa, pedagógica, analítica e política e métodos de gestão;
11. **Capacidade de intervenção**: análise da formação de compromisso e capacidade de construção de contratos, relação com o contexto e com outros Coletivos e Instituições, coeficiente de autonomia, capacidade de direção, de composição de interesses (composição de blocos), elaboração e implementação de projetos/planos.

Por outro lado, a proposta da Gestão da Clinica permite refletir, enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial de saberes de cada um desses atores envolvidos com o cuidado cujo processo implica participação dos usuários na sua recuperação, responsabilização com o cuidado, diferentes saberes e práticas cuidadoras com objetivos comuns, atenção multiprofissional e em equipe, acolhimento e vínculo.

Em síntese, pode-se afirmar que o método Paideia discute a democratização dos espaços de gestão e de atenção. Ele conta ainda com a importância da função apoio[37] profissional que não tem uma relação direta e cotidiana com o usuário, mas que apoia as equipes de saúde, e os reconhece como atores que constroem a rede de saúde, capazes que são, em seu protagonismo, de realizar análises compartilhadas e intervenções nos seus espaços de trabalho. O apoio lança-se no desafio de convocá-los no seu potencial de criação para configurar novos modos de gerir e realizar o trabalho, frequentemente marcado pela fragmentação e fragilização dos trabalhadores. Acompanha, então, a construção dos processos/ percursos dessa transformação, colocando-se o apoiador ao lado dos sujeitos que vão experimentar/ produzir essa mudança. De forma geral, isso se dá através de análises do processo de trabalho, ou seja, dos modos como o trabalho vem sendo organizado, seja

de modo autoritário, em suas diversas maneiras de centralismo, seja por corporação, por modelo reduzido de saúde, por modelos verticais de gestão ou por terceirizações, fomentando relações violentas no trabalho. Nesse sentido, o apoio institucional é uma estratégia de fomento à gestão compartilhada dos processos de trabalho, exercida nas práticas cotidianas concretas, e parte da premissa de que todo trabalhador é gestor de seu trabalho e pode possibilitar o deslocamento de modelos autoritários de gestão e atenção.

Segundo a Análise Institucional Socioanalítica, são necessários "analisadores" que coloquem em cena a trama das relações entre desejos, saberes e poderes que permeiam o trabalho. Um dispositivo trabalhado em roda dispara a análise dos processos, promove desvio das formas habituais de se viver nos serviços. Cabe, então, à função apoio acompanhar o processo disparado para a criação de novos modos de gerir e cuidar em saúde[39].

Dentro da proposta do apoio há, ainda, o que passou a ser chamado de Apoio Matricial, um apoio temático capaz de assegurar um modo dinâmico e interativo de retaguarda especializada – suporte assistencial por um lado, e técnico-pedagógico – de apoio educativo. Uma equipe de Apoio Matricial consistiria, ainda, em arranjos de gestão inscritos na lógica de unidades de produção "coletivos organizados em torno de um objetivo de trabalho"[39].

Os conceitos de humanização da atenção

O movimento pela humanização da atenção à saúde, alinhado à abordagem de promoção da saúde, nos últimos anos, tanto para os pacientes, como para os profissionais que atuam na área da saúde, ocupa lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de alcançar maior integralidade, efetividade, acesso e qualidade[40]. Trata-se, em linhas gerais, de uma proposta de recuperação dos valores humanísticos, negligenciados em meio ao amplo investimento na especialização do saber médico e na tecnologia, que ocorreu durante quase todo o século XX e provocou o afastamento entre profissionais e pacientes.

A noção do paciente como sujeito integral, portador de expectativas e necessidades próprias, se perdera e priorizava-se a intervenção na sua patologia –dele –paciente- de forma fragmentada, localizada e tecnológica.

Desde a década de 1970, estudiosos se debruçaram sobre o tema humanização. Dentre eles, destaca-se o estudo de Howard e Strauss[41] que desenvolveram ampla análise sobre o

tema e o associaram à personalização do cuidado. Howard e Straus definiram o vocábulo humanização como "ato de humanizar", que, por sua vez, pode ser conceituado como:

> [...] tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude, humanar. Também quer dizer ser benévolo, afável, tratável. É realizar qualquer ato considerando o ser humano como um ser único e complexo, onde está inerente o respeito e a compaixão para com o outro[41].

Esses termos encontram-se relacionados ao Humanismo, que possui muitas definições que se apoiam em variados pressupostos filosóficos e buscam justificar posições politico-ideológicas, embora todas elas tenham dois princípios em comum: (a) há uma essência universal do homem; (b) tal essência é atributo de indivíduos tomados isoladamente, que são seus sujeitos reais[42].

A essência que, em si, é um universal, se reproduz em cada homem. Dessa forma, todos os homens seriam plenos detentores da humanidade, ou ainda, racionais. Assim entendido, o humanismo, filosoficamente, é um discurso idealista que, a partir de uma nebulosa intuição de essência, declara que o homem, ou "as pessoas", é ou são isso ou aquilo. Retoma, inspirado por elevados ideais libertários uma das repostas mais comuns à pergunta pela essência do homem: a animalidade é sua matéria, mas sua forma essencial é a razão.

Howard e Strauss[41] apontaram elementos ou atitudes que conduziriam à desumanização e à despersonalização do cuidado. São:

a) **A desumanização pela objetivação do paciente**, reduzindo-o a números em prontuários ou a patologias, anulando a sua subjetividade. O paciente se transforma em objeto passivo da ação médica e, na condição de objeto, seus sentimentos, como dor, medo e ansiedade, tendem a ser subestimados.
b) **A desumanização pela tecnologia,** ou seja, as pessoas passam a ser vistas como máquina ou como extensão delas, como, por exemplo, no caso de pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que, em geral, permanecem muito tempo "plugados" a respiradores e monitores. Além, ainda, se observa a substituição de profissionais por máquinas na prestação do cuidado, o que leva a um afastamento entre o profissional e o paciente e, dessa forma, despersonaliza o cuidado.
c) **A desumanização pela experimentação**, na qual a obsessão pela pesquisa, pelo progresso e seus benefícios à humanidade cega os profissionais para as consequências negativas aos pacientes.

d) **A desumanização pela priorização do sucesso em detrimento da qualidade de vida dos pacientes**, por exemplo, preconizando a extensão da vida a qualquer custo. Muitos profissionais chegam a adotar um comportamento onipotente que os protegem de uma avaliação ou censura.

e) **A desumanização decorrente da abordagem orientada aos problemas** (mais especificamente, às doenças), e não às pessoas em sua integralidade, aspecto diretamente relacionado à especialização das ciências médicas.

f) **A desumanização pela degradação**, quando pacientes ou mesmo funcionários menos qualificados na hierarquia profissional são vistos como seres inferiores, o que ocorre, com frequência, nas chamadas instituições totais[13] para doentes mentais que, sob condições de contínua degradação, são gradualmente institucionalizados até aceitarem passivamente os valores do sistema e se tornarem facilmente controlados. Em relação aos funcionários, é comum verificar nas instituições uma desvalorização das condições de trabalho dos profissionais menos qualificados na hierarquia, apesar de serem esses profissionais que mais interagem sobre os pacientes e os que têm rotinas de trabalho e cargas horárias mais intensas. Essa situação conduz a baixos níveis de satisfação profissional que, invariavelmente, produzem impactos no atendimento oferecido aos pacientes.

g) **A desumanização pela submissão ao isolamento**, alienação ou abandono, que pode ocorrer tanto com pacientes idosos e psiquiátricos institucionalizados após longos períodos de internação, quanto pela sensação provocada por uma longa espera por um atendimento ambulatorial. Também, os profissionais estão sujeitos a experimentar essa sensação de isolamento ou alienação quando são privados do convívio com colegas, ou quando seus únicos interlocutores são pacientes com dificuldade de comunicação, por exemplo.

h) **A desumanização pela falta de qualidade no atendimento** ou pela oferta de um atendimento de qualidade inferior a um padrão pré-estabelecido ou ao que poderia ser oferecido em um determinado contexto. Nessa categoria, insere-se, também, a negligência ou a indiferença em relação a determinados pacientes ou grupos de pacientes em comparação a outros (desequilíbrio na qualidade dos serviços prestados).

[13]Instituições totais são as baseadas no modelo asilar, que promovem a exclusão social dos seus pacientes, através da internação/moradia compulsória, e são principalmente representadas pelos manicômios.

i) **A desumanização pela falta de liberdade**, de opção ou de controle, por parte dos pacientes, sobre a sua vida e sobre o seu tratamento.

j) **A desumanização pela ausência de sentimentos**, a frieza que, muitas vezes, é vista como requisito para que profissionais possam tomar decisões mais racionais e objetivas. Os profissionais são incentivados a manterem distância emocional com os pacientes e entre si, quando se trata de níveis diferentes de hierarquia, o que prejudica a reciprocidade das relações.

k) **A desumanização pela permanência em ambientes estéreis e despersonalizados**, que se afastam do ambiente natural de sua rotina e restringem a liberdade, a sensação de expansão e a completude.

Essas reflexões levaram Howard e Strauss[41] a proporem uma série de "ingredientes" para o cuidado humanizado, cujas dimensões são de três tipos: ideológicas, estruturais e emocionais, subdivididas em elementos – valor inerente, singularidade, liberdade de ação, igualdade de *status*, compartilhamento nas decisões e responsabilidades, empatia e efeito positivo.

Dessa forma, quanto às dimensões ideológicas, o valor inerente advém do fato de que seres humanos são objetos de valor para si mesmos e para os outros, igualmente merecedores de tempo disponível, habilidade e interesse; a singularidade está no fato de que seres humanos são únicos e insubstituíveis; a integralidade consiste em considerar as diversas dimensões da vida do paciente que afetam a sua saúde[41].

No que se refere às dimensões estruturais, implica que os pacientes não devem ser meros objetos de liberdade de ação e, devem sim, poder controlar seu destino; haver, também, igualdade de *status*, ou seja, deve-se tratar o outro como se quer ser tratado, ou seja, tem que haver reciprocidade nas relações; compartilhamento nas decisões e responsabilidades, ou seja, todos os pacientes têm o direito e talvez o dever de participar das decisões sobre o seu cuidado.

As dimensões emocionais, finalmente, são a empatia, que se caracteriza pelo envolvimento, compromisso com o paciente, elementos que também se aplicam aos profissionais entre si, que se colocam no lugar do outro para, então, entender suas necessidades e pelo afeto positivo, traduzido pelo carinho, pela amizade e pela solidariedade, podem contribuir para um atendimento mais humano e para o restabelecimento da saúde, especialmente, no caso de pacientes pediátricos, idosos ou psiquiátricos[41].

Fortes e Martins[42] comparam humanização com reconhecimento, isto é, reconhecem o usuário que busca os serviços de saúde, como sujeito de direito, que deve ser observado em sua individualidade, especificação, o que amplia as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.

Faiman et al.[43] consideram que o processo de humanização implica transformação da cultura assistencial, a fim de que sejam valorizados os aspectos subjetivos, históricos e culturais, não somente dos usuários, mas também dos profissionais, na busca de melhoras nas condições de trabalho e qualidade do atendimento.

Para Deslandes[44], a humanização representa melhoria da capacidade dialógica entre os sujeitos, acolhimento resolutivo, participação no SUS, corresponsabilidade, cogestão, inclusão, ética, oposição à violência, seja ela de qualquer natureza, não discriminação, qualidade como aliança entre o uso de altas tecnologias, o cuidado e o bom relacionamento na assistência e oferecimento de melhores condições de trabalho.

Heckert et al.[45] definiram humanização como tratar com respeito, carinho, amor, educação; empatia; capacidade de se colocar no lugar do outro e aceitá-lo; acolhimento; diálogo; tolerância; aceitação das diferenças, em síntese, resgate da dimensão humana nas práticas de saúde.

Pashe[46] entendeu humanização como uma política com princípios, diretrizes, dispositivos, acionados por um método caracterizado por uma tríplice inclusão: pessoas, movimentos sociais e pela perturbação e tensão que essas inclusões produzem nas relações entre sujeitos nos processos de gestão e atenção, sendo que é essa perturbação que permite a produção de mudanças nos modos de gerir e cuidar e nos processos de formação.

Segundo Marques e Souza[47], humanizar os serviços de saúde implica transformar o próprio modo como se concebe o usuário, ou seja, transformá-lo de sujeito passivo em sujeito ativo; de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço de saúde que garanta ações técnicas, políticas e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. O enfoque à saúde surge em uma dimensão ampliada, relacionada às condições de vida, inseridas em um contexto sociopolítico e econômico.

Pereira et al.[48] entenderam que a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais e não pode ser entendida como mais um programa a ser aplicado nos diversos setores da saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede do SUS.

A Política Nacional de Humanização (PNH)

Em 2003, foi realizada a XII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que retomou o debate em torno da universalidade, acesso, acolhimento aos usuários e valorização dos trabalhadores[49]. Nesse cenário, alguns dos atores do movimento em Defesa da Vida foram convidados a atuar no Ministério da Saúde, e formularam a Política Nacional de Humanização (PNH)[40]. Na época, essa política foi formulada pela secretaria executiva do Ministério da Saúde (MS) e se propôs a traduzir a Humanização enquanto princípios e modos de operar, no conjunto das relações, o SUS. Essa política foi em resposta às evidências do despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado, juntamente com a persistência dos modelos centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho. Em especial, pelo modo de cogestão de coletivo de produção de saúde e de sujeitos implicados, tendo como esteio o método Paideia proposto por Campos[34]

, que afirmou o apoio institucional aos grupos e equipes como forma de qualificar as práticas de saúde permitindo acesso com acolhimento, atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo.

A PNH, desde sua criação em 2003, colocou-se como uma "política" que se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos[40]. A humanização deve ser vista como dimensão fundamental, não podendo ser entendida como um programa a mais a ser implantado, mas sim como uma política que opera transversalmente em todo o SUS. No marco teórico-político da PNH, definem-se três princípios fundantes, que a empoderam como política pública de saúde: o da transversalidade, que indica novos modos de relação entre sujeitos e serviços, muda as fronteiras dos saberes e dos territórios de poder; o da indissociabilidade entre atenção e gestão, que afirma inseparabilidade entre modos de cuidar e modos de gerir e se apropriar do trabalho e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, que implicam atitudes de corresponsabilidade nos processos de gerir e de cuidar[40].

O método da PNH entende-se por um modo de caminhar que envolve a tríplice inclusão: inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários); inclusão dos analisadores sociais e a inclusão do coletivo[40].

Os princípios norteadores da PNH[40] são:

- **Valorização da dimensão subjetiva e social** em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo os compromissos com os direitos dos cidadãos, destacando-se o respeito com relação à raça, gênero, etnia, orientação sexual e populações específicas.
- **Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional,** instigando a transversalidade e a grupalidade, qualificando a comunicação no sistema.
- **Apoio à construção de redes cooperativas,** solidárias e comprometidas com a produção de saúde e sujeitos.
- **Construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos** nos processos de gestão e atenção à saúde.
- **Corresponsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção à saúde**.
- **Fortalecimento do controle social com caráter participativo nas instâncias do SUS**.

O conceito de dispositivo utilizado na PNH, a partir da formulação foucaultiana, coloca em análise o instituído e destina-se à desestabilização do que está naturalizado. Entre os dispositivos propostos pela PNH, estão: acolhimento com classificação de risco, colegiado gestor, visita aberta e direito a acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), projetos cogeridos de ambiência, entre outros. Todos esses dispositivos são entendidos como a tradução das diretrizes em arranjos de processos de trabalho, destacando-se, por exemplo, os dispositivos de gestão colegiada (exemplo dos colegiados gestores) e de contratualização (contratos de gestão), pelas suas relações diretas com a diretriz de cogestão[40].

Os conceitos da PNH articulam-se visando à análise e à reorganização desses espaços e processos de trabalho, conforme a especificidade dos serviços e propondo essencialmente transformações nas relações sociais que envolvem usuários, trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de interação, organização e condução, para que ocorram transformações importantes nas formas de produzir e prestar serviços[40].

Os principais conceitos da PNH no campo hospitalar se baseiam em:

- **Acolhimento com Classificação de Risco** – reorganiza o serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário, avaliando o risco e a vulnerabilidade para a priorização dos casos através de protocolos científicos padronizados.

- **Clínica Ampliada** - dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades singulares de cada usuário e no seu contexto, que incorpora e articula um diversificado conjunto de saberes, responsabilidades e práticas para potencializar a capacidade de atuação dos profissionais, assegurando maior envolvimento e resolutividade na abordagem dos problemas de saúde por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/ doença.
- **Projeto Terapêutico Singular (PTS) -** conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. O espaço é privilegiado para a equipe construir a articulação dos diversos recursos de intervenção que ela dispõe (percebendo que em cada momento alguns terão mais relevância que outros). O Projeto Terapêutico Singular[50] é composto por 04 (quatro) momentos: ”diagnóstico”: com olhares na dimensão orgânica, psicológica, social e contexto singular em estudo; “a definição de metas”: disposta em uma linha de tempo de gestão da clínica, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito doente”; “a divisão de responsabilidade e tarefas”: entre os membros da equipe e; “a reavaliação” na qual se concretiza a gestão do PTS, através de avaliação e correção de trajetórias.
- **Equipe de Referência** - profissionais que se responsabilizam pela atenção contínua aos pacientes, compartilhando saberes e práticas, ampliando as possibilidades técnicas e estruturais do serviço.
- **Apoio Matricial** – participa do cuidado em situações pontuais; avalia e negocia a proposta terapêutica com a equipe de referência.
- **Ambiência -** Este dispositivo contribui na mudança das relações de trabalho com uma organização de espaços saudáveis e acolhedores. Pessati & Carvalho[51] ressaltam que o ambiente dentro do hospital tem potencial para discussão dos processos de trabalho e apropriação desses espaços que se tornam mais acolhedores. Para esses autores:

> [...] quando se propõem mudanças no espaço de uma enfermaria de um hospital, pode-se aproveitar o momento também para mexer no modo como se trabalha e ocupa esse espaço. O que antes era composto de pequenas áreas fragmentadas — posto de enfermagem, sala de serviços de enfermagem, sala de prescrição médica — no momento da intervenção pode transformar-se numa ampla e funcional estação de cuidado compartilhada por todos os profissionais. A segmentação do espaço que expressa um modo de trabalho fragmentado pode ser alterada, diminuindo- se os compartimentos para favorecer uma lógica de trabalho em equipe. Essa é uma mudança de espaço e modo de trabalhar — uma mudança de

> situação — que quando produzida de modo combinado, partilhado com os trabalhadores, ganha potência no sentido de mudanças das práticas[51].

Portanto, a ambiência permite e provoca a reflexão nos processos de trabalho e a maneira e os modos de operar naquele espaço, contribuindo para a construção de novas situações. Os sujeitos envolvidos nessa reflexão podem transformar seus paradigmas, e a ambiência passa a ser um dos dispositivos no processo de mudança. Assim, as áreas de trabalho além de mais adequadas funcionalmente deverão proporcionar espaços vivenciais prazerosos[46].

Nessa concepção de trabalho, entende-se que a PNH[43] tem como finalidade maior provocar os debates sobre os processos de trabalho, para produzir mudanças nas relações instituídas, instigar novas composições ou outras possibilidades de ser e trabalhar no âmbito da saúde.

O acolhimento como princípio da PNH

O modelo de sistema de saúde brasileiro se baseia no acolhimento humanizando a assistência[52]. Acolher, no contexto dos serviços de saúde, envolve a recepção adequada da clientela, a escuta da demanda, a busca de formas para compreendê-la e solidarizar-se com ela, e deve ser realizado por toda equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado[53]. De acordo com a "Cartilha Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência":

> O acolhimento, como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança entre as equipes de os serviços. Possibilita também 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[53].

Dessa forma, a ideia de acolhimento nos serviços de saúde se traduz em uma experiência heterogênea, como o próprio SUS e, para entendê-la, é preciso definir qual acolhimento se pretende oferecer. Vale ressaltar que, tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada:

> Ora como uma dimensão especial, traduzida em recepção administrativa e ambiente confortável;
> Ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamento para serviços especializados.

As duas noções são importantes, mas entendidas isoladamente dos processos de trabalho em saúde podem ser restritas a uma "ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo", pois com acolhimento muitos serviços de saúde:

> Convivem com filas “madrugadoras” na porta, disputando sem critério algum, exceto à hora da chegada, algumas vagas na manhã. É preciso salientar que tais serviços atendem principalmente os “mais fortes” e não os que mais necessitam de assistência;
> Reproduzem certa forma de lidar com trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda e acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento;
> Atendem pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravação do problema, rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde;
> Encontram-se muito atarefados, com os profissionais até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas não conseguem avaliar e interferir nessas atividades de modo a melhor qualificá-las;
> Convivem, os serviços de urgência, com casos graves em filas de espera porque não conseguem distinguir riscos[53].

Segundo a Cartilha[53], esses funcionamentos apontam para uma lógica que produz mais adoecimento, na qual, perdura o repasse do problema, com foco na doença e não o sujeito e suas necessidades. Daí, porque o acesso ao serviço é feito a partir de filas por ordem de chegada, sem “avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento” Trata-se, pois, de práticas que, além de comprometerem a eficácia, causam sofrimento desnecessário a trabalhadores e usuários do SUS.

Nesse sentido, a proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (cogestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.

O acolhimento é um dispositivo que estrutura a relação entre a equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, o que resulta em uma relação humanizada onde se supõe que o mesmo deve acontecer com os profissionais inseridos nessa convivência, isto é, que as relações nas equipes deveriam se fundamentar também pelo acolhimento e a valorização do outro. Uma transformação positiva nas relações de poder dentro da unidade de saúde poderia promover o crescimento e a consolidação de boas relações entre médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde e, com isso, melhorar a qualidade da assistência e dos cuidados prestados aos usuários[53].

Nesse sentido, o acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana empática e respeitosa ao usuário e concomitantemente identificar riscos e

vulnerabilidades, eleger prioridades, perceber necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, o que possibilita hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado, ou seja, diferenciar as necessidades mais prementes e menos prementes; distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las de acordo com suas características[53].

O autor Guardini[54] afirma que a proposta de acolhimento no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea que não impliquem apenas aumento do acesso a consultas médicas, mas se propõe a servir de elo entre as necessidades dos usuários e as várias possibilidades do cuidado, que incluem vários profissionais.

Segundo Malta e Merhy[55] , o acolhimento, enquanto técnica, implica a construção de ferramentas que contribuam para uma escuta e análise, que identifica soluções possíveis às demandas apresentadas. A composição de equipe traduziria a incorporação de novos agentes e alterações nos processos de trabalho, relativas às mudanças de como os serviços são organizados.

Os autores Ramos e Lima[56] afirmam que o acolhimento pode ser entendido como um instrumento que humaniza a assistência; facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas e permite alterar o modelo exclusivo de pronto atendimento.

Tesser et al.[57] entendem como ideias de acolhimento são retirar o médico o papel de único protagonista do cuidado, ampliar a clínica realizada pelos outros profissionais e incluir outras abordagens e explicações possíveis, que não apenas as biomédicas para o processo de adoecimento e demanda.

Com relação às mudanças dos modelos de trabalho e de gestão dentro do hospital, Cecílio e Merhy[29] discutiram sobre a necessidade de estratégias singulares de forma a favorecê-las. O trabalho em saúde implica a união entre os diversos profissionais e, na questão do trabalho em equipe e multiprofissional, em contraste com a hierarquia de poder intra e intercorporações profissionais, os autores assinalam a premência de:

> Lidar com a incontornável divisão do processo de trabalho no hospital, com as assimétricas "cotas" de poder associadas aos distintos saberes e aos vários lugares institucionais, com sua dura lógica instrumental e estratégica e, ao mesmo tempo, propiciar espaços de agir comunicativo fundamentais para a construção de uma equipe mais solidária, com relações mais horizontalizadas e solidárias para enfrentar o áspero cotidiano do hospital[29] .

Esses autores colocam a importância do trabalho interdisciplinar na construção de um cuidado humanizado, sem disputas por espaços, onde a concentração de mando fica restrita ao saber médico.

Humanização e Hotelaria

Para Beck e Minuzi: "o cuidado humanizado depende da atenção de qualidade e resposta adequada às diferentes demandas por este cuidado, articulando diversos níveis de complexidade, bem como o retorno para avaliação dos efeitos cuidados"[52].

Os autores[52] ressaltam, ainda, as dimensões implicadas para dar conta do cuidado. Aliada a isso, a humanização, como indica a PNH, efetiva-se nas mudanças e discussões das práticas em saúde a partir delas, ou seja, e se reflete na maneira como se está e, como se age no cotidiano na prestação de serviços.

Ressalte-se que o usuário, quando busca a unidade, pouco consegue lidar com sua situação de saúde, o que pode, por vezes, ser evitado sem maiores intervenções. A pouca resolutividade por meios próprios faz com que o cliente se desloque até uma segunda unidade de saúde. Diante do exposto, o usuário espera, no mínimo, ser bem atendido, acolhido de forma humanizada e integral por profissional de saúde que se importe com seus problemas, e que, ao menos tente esclarecer suas dúvidas, compreender seus medos, angústias, incertezas, dando-lhe apoio e atenção permanentes.

Segundo Cecílio e Merhy:

> O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital[29].

Os autores[29] enriquecem o debate ao enfatizar que o processo de cuidado passa pela criação de uma relação multiprofissional, assim como também por uma coordenação lógica do cuidado mais horizontal. Sobretudo, destacam o papel "silencioso" do trabalho da enfermagem no dia a dia, de prover os insumos destinados ao cuidado, acompanhando e direcionando a realização de exames complementares, fazendo uma "ponte" com a família do usuário e coordenando a hotelaria.

Em relação aos hospitais, a oferta de atendimento de qualidade está relacionada à nova postura apresentada pelo paciente que: "começou a questionar e sentir necessidade de que a empresa hospitalar lhe oferecesse não só a cura ou o tratamento, como também a segurança, o conforto e, principalmente, o seu bem-estar, o de sua família e o de seus visitantes"[52].

A tecnologia encontrada nos hospitais, aliada ao atendimento caloroso da hotelaria são apoios imprescindíveis na gestão hospitalar e o tornam um local de conforto, repouso, tranquilidade e satisfação[52].

O vocábulo "hospitalidade" provém do latino *hospitalitate*, para designar o ato de hospedar; hospedagem; a qualidade de hospitaleiro e, por extensão, o acolhimento afetuoso[58]. A palavra hospitalidade ainda hoje designa o ato de bem receber e hospedar deu origem, também, ao termo hospital cujo significado remetia ao bom recebimento dos doentes para tratamentos e curas[59].

Taraboulsi[1] defende a hotelaria hospitalar como recurso de humanização das pessoas, capaz de manter viva a instituição de saúde:

> [...] No contexto global de hoje, existem limites para a consecução da produtividade nos hospitais através da tecnologia, equipamentos e conhecimento técnico-científico; porém, quando esses limites são atingidos, só há uma coisa a fazer para melhorar e manter-se no mercado tão competitivo: investir na **humanização**, *a última descoberta da tecnologia moderna* (grifos do autor). A hotelaria traz em seu seio a humanização das pessoas e do ambiente hospitalar. Não ouvir a voz do cliente de saúde é detonar a própria existência. Abraçar a hotelaria hospitalar pode representar a sobrevivência da instituição de saúde. É a mudança que não causa pânico, nem medo; requer somente percepção e fé para transformar comportamentos e condutas. Encarar a hotelaria hospitalar é uma oportunidade de crescimento inteligente. Não há por que temê-la. Aliás, lidamos com as mudanças constantemente, portanto, a hotelaria deve ser a mão amiga que se estende para romper com os paradigmas e estabelecer uma nova concepção da relação cliente de saúde/hospital.

O hospital é local de ações complexas, onde as atividades de atendimento, cirurgias, exames, pronto-socorro, enfermaria e outros ambientes se misturam com a ansiedade, impaciência, desespero, angústia e medo dos pacientes e familiares, e, dessa forma, há necessidade de equilíbrio emocional entre os profissionais que prestam serviços e as pessoas atendidas por eles[60].

A organização pode ser entendida como o resultado da interação contínua do ser humano com seu semelhante. Nesse sentido, as limitações das pessoas as levam a cooperar entre si para a produção de bens e serviços que possam atender as suas necessidades. Essa cooperação ocorre na organização, na qual as pessoas passam a maior parte do tempo; vivem e trabalham e causa impacto

sobre a qualidade de suas vidas. No entanto, com a evolução da humanidade, essas organizações se tornaram mais complexas e dinâmicas e, com isso, cada vez mais, as pessoas são obrigadas a se especializar e perdem, em nome, dessa especialização, suas características humanas[61].

Esse equívoco no desempenho das organizações se faz presente no ambiente hospitalar, onde a qualidade dos serviços médico-hospitalares depende efetivamente das pessoas e deixa entrever a importância "da valorização das *pessoas como pessoas* para a consecução dos objetivos organizacionais"[61].

Nesse sentido, enfatiza-se[62] a necessidade de qualificação, a importância do usuário, o cliente interno (fornecedor e cliente) e a importância do médico.

A qualificação tem sido buscada incessante pelas empresas, calcada em critérios técnicos, o que mostra a preocupação maior com as habilidades técnicas do que com a iniciativa e o comprometimento. Ressalta-se que essas habilidades são importantes para o processo operacional, mas podem ser adquiridas com treinamento adequado, mas se o funcionário não tiver atitude, de nada valerão[62,63].

Nas instituições de saúde, o usuário vem buscar auxílio para o seu problema, sempre com o emocional abalado, angustiado, com medo, agressivo, frágil, deprimido etc. E, muitas vezes, ele não se dá conta dos afetos que recebe nesse momento, pois age inconscientemente. Os profissionais que estão em contato com esse usuário devem estar cientes de que aquele comportamento tão estranho não é, necessariamente, dirigido a eles e somente refletem o estado psíquico daquele momento. E, ao atendê-lo, precisam ser espontâneos e agir com atitude[64].

A procura por profissionais com iniciativa e atitude torna-se obrigatória nas instituições de saúde. Esses profissionais estão sempre na linha de frente e, a partir de uma atitude firme, possibilitam que as promessas de qualidade no atendimento sejam cumpridas, o que vai refletir "uma sintonia entre o que a alta administração preconiza e o que a "linha de frente" está autorizada a fazer"[65].

A importância do usuário, atualmente, como dito, não pode ser esquecida em nenhum momento:

> Um cliente é um ser humano de todos os tamanhos e cores. Um cliente é uma criança que precisa de ajuda para alcançar um brinquedo em uma prateleira mais alta. **Um cliente é um homem idoso que perdeu a direção no labirinto dos corredores de um hospital** (grifo do autor). Um cliente é uma mulher que não fala bem o seu idioma e está explicando o que precisa da única forma que pode. Um cliente é um companheiro de trabalho pedindo a sua ajuda para que possa prestar serviços ao público pagante. Contribuinte, paciente, cliente, pagador de impostos, membro, hóspede, sócio – todos são sinônimos do maior patrimônio que uma empresa pode ter - o cliente que vem até você e paga pelo serviço ou produto. O que é um cliente? O cliente é a razão de existência de sua empresa[66].

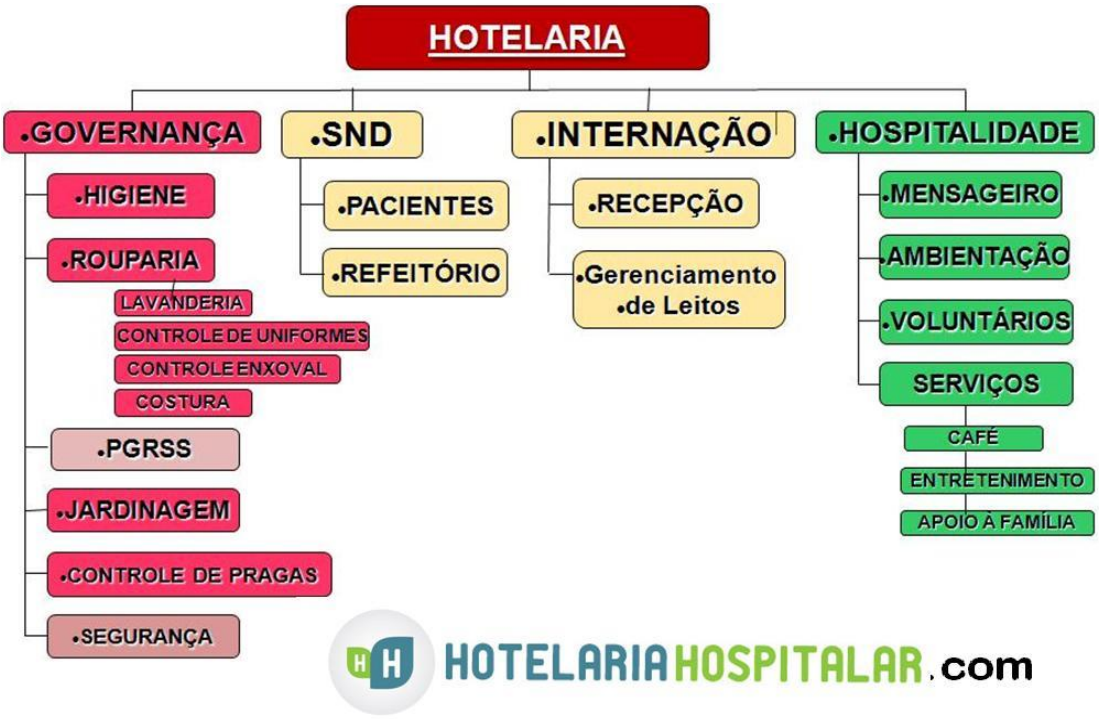
A definição acima permite inferir que o usuário é o maior patrimônio do hospital e, nesse sentido, é importante que os gestores entendam que a humanização dos serviços de saúde é a vantagem que pode fazer a diferença na conquista dos usuários e a hotelaria, com seus serviços adaptados à atividade hospitalar é o "caminho a ser seguido para acoplar qualidade em todas as fases do processo de atendimento. Afinal, com a competição acirrada de hoje, nunca se tem a segunda chance de causar a primeira impressão"[67].

A valorização da ambiência como um dos princípios norteadores da humanização requer, além do apoio institucional, que os profissionais de arquitetura que atuam nas instituições de saúde se apropriem da discussão da ambiência, articulando a produção do espaço aos novos modos de se produzirem saúde e sujeitos. Essas ações de intervenção sistemática e continuada com um coletivo apoiam os processos de transformações nos modos de produzir saúde[62].

A humanização dessas ações e procedimentos cotidianos e, muitas vezes, traumáticos propõe estabelecer vinculo entre os sujeitos, porém exige mudanças de conceitos e quebra de paradigmas, porém, para que esse novo modo de fazer saúde não seja centrado somente na produtividade, mas sim na lógica mais subjetiva do atendimento prestado e no grau de satisfação do usuário, são necessárias mudanças nos processos onde o trabalho é realizado. Humanizar é garantir a comunicação clara, é manter a dignidade do outro, é ser ético, é ter a percepção do sofrimento, do medo do desconhecido, da dor e da angústia[68].

Na área privada, Boerger[4] complementa que os hospitais são obrigados a desenvolver um novo perfil de atendimento a fim de garantir a sobrevivência da empresa em mercado cada vez mais competitivo. Para tanto, essas organizações estão implantando, em seu processo de gestão, bases da hotelaria hospitalar como forma de diferenciação em seus serviços, diferenciação essa que é percebida pelos usuários e concorrentes como um processo voltado à qualidade e melhoria contínua dos serviços[4].

Na figura abaixo, mostra-se como a hotelaria se apresenta no hospital atual.



Fonte:[accessed in 20/12/2014]. Avaiable from: <http://hotelariahospitalar.com/wp-content/uploads/2012/02/Organograma-Hotelaria-Hospitalar.jpg>.

A valorização na prestação de serviços diferenciados e humanizados, onde o paciente é visto como um sujeito em sua singularidade e integralidade, e a preocupação em atender as suas expectativas e de sua rede social têm grande importância no cenário da humanização.

Channe alerta ainda que:

> [...] um usuário insatisfeito faz referências negativas ao serviço mal prestado. Fidelizar é necessário em qualquer negócio, mas nos ambientes hospitalares temos diferenciações. Alguns tratamentos serão finalizados, outros não, porém todos os momentos em que os usuários de saúde permanecem dentro da Instituição serão lembrados[69].

Vale ressaltar, mais uma vez, que o fenômeno da globalização, consolidado no final do século XX, é um dos maiores responsáveis pela busca em oferecer produtos e serviços de qualidade, o que se reflete, também, nas instituições hospitalares, assim como nas empresas em geral, principalmente, as ligadas à prestação de serviços, o que inclui o setor hoteleiro, como comenta Boerger:

> [...] com a globalização, as mudanças no comportamento e nos valores dos usuários constituíram um fator crítico para que eles se tornassem cada vez mais exigentes por possuírem mais experiência, serem mais independentes, difíceis de contentar e cada vez mais preocupados com a qualidade[4].

Dessa forma, a globalização contribuiu para uma reorganização dos padrões de gestão, do consumo e da competitividade e, portanto as mudanças estão presentes na forma de gerenciamento das organizações responsáveis pela produção de bens e serviços e na demanda, proporcionando uma nova realidade no mercado, assinalada pela alta competitividade[4]. Esse usuário "não mais procura apenas os benefícios dos serviços de saúde, ele prima também, e muito, pelas vantagens que lhe são oferecidas e que são caracterizadas pelo respeito e solidariedade a seu estado físico e emocional"[4].

O mesmo autor[4] acrescenta que o fato de esses usuários procurarem o hospital em "momentos de instabilidade emocional, dores, insegurança, dúvidas, reflexões sobre a vida e a morte, agressividade, depressão e outros sentimentos antagônicos que demonstram fragilidade nessas circunstâncias", confirma a necessidade de um atendimento de qualidade que lhes proporcione conforto, segurança e um ambiente hospitalar mais afável. Desse modo, aqueles que procuram os hospitais, a fim de receber algum tipo de tratamento médico, comumente chamados de pacientes, passam a ser identificados pela expressão usuários de saúde que possuem necessidades que devem ser supridas. Portanto, "como usuários de saúde sentem-se competentes para avaliar o nível de atenção que recebem e optar pelo local onde serão tratados com base nessa avaliação"[4].

A gestão voltada para melhoria e humanização dos serviços e atendimento das necessidades do usuário, em um ambiente com cultura e clima organizacional favoráveis à integração entre as pessoas é uma gestão capaz de construir comprometimento entre o indivíduo e a organização que lhe possibilite o exercício das atividades, acredite e aceite os objetivos e valores definidos por essa gestão[70].

Assim sendo, a necessidade de atenção e investimento no quadro de funcionários não se deve restringir à equipe operacional; alcança, também, a alta gestão. Afinal, devido às características apresentadas pelo mercado atual a "gestão precisa estar aberta e atenta às mudanças, procurando sempre atingir resultados com inovação e flexibilidade", conseguindo, desse modo, "estar à frente dos acontecimentos que as tendências do mundo globalizado possam apresentar repentinamente"[4].

As ações humanizadas dentro das instituições de saúde estabelecem e estreitam relações entre profissional-paciente, recepção-paciente, profissional e equipe e entre profissional-instituição.

Os usuários de saúde (enfermos, familiares, acompanhantes, visitantes) sentem-se confiantes e motivados, quando a solidariedade se apresenta estampada nos semblantes de todos os envolvidos em seu atendimento. É a humanização, através da hotelaria, mudando condutas e comportamentos, tornando o hospital um espaço digno para os momentos difíceis de nossos usuários de saúde[71].

A busca pela humanização no atendimento hospitalar deve ser perseguida diariamente pelos responsáveis, funcionários e prestadores de serviços das Instituições de saúde. No entanto, para entender o valor dos serviços de apoio ou hotelaria na percepção dos pacientes e acompanhantes, é fundamental colocar-se no lugar do paciente e observar atentamente cada detalhe do serviço oferecido com a intenção de detectar falhas que comprometam o atendimento[71].

A Humanização da Saúde no estado do Rio de Janeiro

Em 2007, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ) criou a Assessoria de Humanização, com o objetivo de levar as propostas da Política de Humanização para todo Estado e Municípios. Essa Assessoria se encontra ligada ao Gabinete do Secretário de Saúde, juntamente com mais cinco Subsecretarias:

1. **Subsecretaria Geral -** responsável pelo Planejamento, Regionalização, Pacto Interfederativo, Tecnologia da Informação, Gestão Estratégica e Participativa, Qualidade, Orçamento, Projetos e Programa de Atenção aos Hospitais do Interior (PAHI).
2. **Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS)**: Superintendência de Atenção Básica, Atenção Especializada, Controle e Avaliação, Regulação, Assistência Farmacêutica.
3. **Subsecretaria de Unidades Próprias** com Superintendência de Contrato de Gestão e Superintendência de Unidades Próprias – Hospitais e UPAs.
4. **Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Executiva**: Superintendência de RH, de Perícia Médica, de Aquisição, Serviços, Suprimentos, Armazenamento e Distribuição.
5. **Assessoria de Humanização ligada ao Gabinete do Secretario de Saúde** que atua de modo transversal às outras Subsecretarias da Secretaria de Estado da Saúde. Desde o início, essa Assessoria se voltou ao trabalho de apoio aos Hospitais Estaduais de Urgência e Emergência, em parceria com a Superintendência de Unidades Próprias, entre eles: Hospital Estadual Rocha Faria, Albert Schweitzer, Carlos Chagas, Getúlio Vargas, Azevedo Lima e

Alberto Torres. Com o tempo incluíram-se alguns Institutos, UPAs, Maternidades Estaduais, assim como apoio aos municípios.

6. **Assessoria Jurídica**

Como já dito, a primeira aposta de trabalho foram as unidades de urgência e emergência, cujo foco principal era propiciar a criação de espaços de discussão entre gestores e trabalhadores, com o levantamento de problemas na busca de soluções. Em especial um dos enfrentamentos era implantar, nas portas de entrada, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), onde se avalia a criticidade dos casos e não o atendimento por ordem de chegada. Para isso, foram contratados apoiadores institucionais para viabilizar as propostas da Política Nacional de Humanização para os hospitais estaduais, e criada a função de Gerente da Porta de Entrada responsável pela sustentação e funcionamento do ACCR.

Discutir acolhimento nas unidades significou debater, não só a organização do fluxo de atendimento na porta de entrada, mas uma forma de priorizar os que usuários mais graves e repensar o fluxo de cuidado para dentro da unidade. Nesse contexto, acreditou-se ser o acolhimento um dispositivo para se repensar coletivamente, entre gestores e trabalhadores, a organização de todo o serviço dentro da unidade, propiciando uma reflexão sobre o cuidado prestado, bem como o tempo resposta às queixas do usuário que adentra as nossas unidades.

Essa discussão permitiu questionar e trabalhar a estada desse paciente dentro das unidades, bem como o seu encaminhamento ou a transferência de cuidado para serviços de menor complexidade, ou seja, para as Unidades Básicas de Saúde (USB).

O êxito dessa experiência levou esta assessoria a ser solicitada, em especial pela Rede de Urgência e Emergência, pelos hospitais e serviços de pronto atendimento (SPAs), para discutir e formar suas equipes para trabalharem com uma porta qualificada, assim como implementar o Acolhimento e Classificação de Risco nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

A partir do surgimento da proposta das UPAs no Estado do Rio de Janeiro, e de forma articulada, com os apoiadores da Superintendência de Atenção Básica da SES, a equipe de humanização passa a ser referência na formação dos profissionais de saúde em ACCR, assim como a debater a garantia da continuidade do cuidado pela atenção primária junto às equipes gestoras dos municípios.

Poder-se-ia chamar a isso de “Acolhimento em Rede” – a preocupação com o percurso e cuidado do usuário na rede do SUS. Teixeira[72] aborda a importância da temática do acolhimento e a rede de conversações e de como essa discussão de acesso e recepção dos usuários podem qualificar

ainda mais este dispositivo dentro da saúde publica. Nessa linha, torna-se necessário compreender o que oferece a Rede de Saúde do Município e região para os devidos encaminhamentos dos usuários. Conhecer o papel da cada equipamento de saúde, em especial sobre a centralidade no sistema das Unidades de Atenção Básicas de Saúde, responsáveis pela "longitudinalidade" do cuidado, ou seja, por acompanhar a vida das pessoas e coordenar o seu cuidado em dado território.

Dessa mesma forma, após a passagem pelos hospitais, se fez necessário, também, garantir a continuidade de tratamento com o encaminhamento para a atenção básica e especializada do Município. Nesse sentido, a discussão do Acolhimento na Atenção Básica é muito importante, pois fala da maneira como se pode receber e cuidar da população.

No caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, como visto anteriormente, o "acolhimento" é uma prática presente em todas as relações de cuidados, nos atos de receber e escutar pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Em outras palavras, ele não é *a priori*, algo bom ou ruim, mas sim uma prática cotidiana construtiva nas relações de cuidado. A atenção básica corresponsável pelo cuidado de seus usuários é capaz de intervir sobre dada realidade, diminuir o adoecimento da população, e reduzir o número de internações nos hospitais, além de produzir saúde e vida.

No Rio de Janeiro, diante da necessidade de criar um ambiente favorável e promover mudanças imprescindíveis ao cuidado nas suas unidades hospitalares, a SES iniciou um trabalho de melhoria e mudança na gestão do cuidado, a partir de 2011, com o Projeto de Hotelaria e Gestão do Cuidado nas Unidades Hospitalares da SES. Para tanto, colocou grande potência para estruturar o trabalho dentro das Unidades. Essa iniciativa visou à mudança dos conceitos estruturais no modo de cuidar, onde o modelo predominante é focado no médico e na doença e não no paciente e na sua singularidade. Para tanto, a SES aposta nos dispositivos e nas diretrizes da PNH.

A ampliação do projeto

Embora, inicialmente a proposta fosse trabalhar com frentes estruturadas (Conforto e Segurança do Usuário, Lavanderia e Rouparia, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Higiene[10]), observou-se a necessidade de ampliar esse projeto de modo que se pudesse tornar dispositivo ou ferramenta para o debate sobre a Gestão do Cuidado com os profissionais e gestores, de forma a potencializar as ações não só da hotelaria, como a organização dos processos internos de

trabalho e o modo de Cuidar que se realiza nas unidades. As diretrizes e dispositivos no campo da Humanização apostam em espaços de construção colegiada (Cogestão), e na organização do cuidado por equipes de referência com responsabilidade e vínculo (Clínica Ampliada). No entanto, essas ideias-conceitos da PNH[40] não trazem em si o como fazer, ou realizar. A hotelaria[10] como dispositivo capaz de trazer um diagnóstico sobre a situação da assistência e dos processos de trabalho interno aos hospitais pode ser um caminho de abertura dos espaços de construção e mudança do cuidado junto aos profissionais.

Instrumento de Avaliação

A necessidade de padronização dos trabalhos levou à confecção de um instrumento de avaliação para o Monitoramento das Unidades. Esse instrumento foi dividido em 04 frentes: Processos (avalia toda parte documental – protocolos e rotinas do serviço), Assistência (avalia o cuidado prestado ao paciente e as rotinas para dar segurança ao paciente), Hotelaria (avalia a limpeza, equipamentos e interface de alguns serviços – nutrição, manutenção etc.) e Precauções (como estão instituídas as Normas de segurança do paciente). Cada uma dessas frentes é composta por perguntas com padrões que direcionam os avaliadores.

A aplicação desse instrumento é realizada bimensalmente e os percentuais alcançados e as "não conformidades" geram diagnóstico sobre a situação das unidades de internação. Essas análises são discutidas com os coordenadores e gerentes da unidade para trabalhar e providenciar as melhorias e mudanças necessárias.

Implementação do Projeto Hotelaria

Enquanto coordenadora da assessoria de Humanização, participei ativamente de todas as etapas deste projeto, pois durante as visitas às Unidades sentia a necessidade de um cuidado mais centrado no paciente e em suas necessidades. Bem como a necessidade de revisar e buscar alternativas para mudar algumas estruturas existentes e que do ponto de vista da Humanização estava aquém do que entendíamos como boas práticas de Cuidado. Verificamos a existência de escalas verticais de todos os profissionais de Saúde, com isso o vínculo e a responsabilização para com os pacientes deixava muito, a desejar visto que não havia a continuidade do cuidado.

Diante dessa constatação fizemos reuniões com a equipe para elaborarmos e pensarmos em implantar um Projeto de Hotelaria para dar melhores condições de cuidado aos pacientes, optou-se pelos hospitais que possuíam as grandes emergências. A fim de estruturar o Projeto de Hotelaria nas unidades hospitalares e fazer parte da equipe foram contratadas duas consultoras com formação em Enfermagem e experiência em Gestão Hospitalar em hospitais no SUS do interior de São Paulo. Foram realizadas visitas às unidades estaduais de Urgência e Emergência para um primeiro reconhecimento da realidade no Rio de Janeiro. De maneira geral, observou-se a inexistência das rotinas de trabalho dos profissionais de saúde, de fluxos definidos sobre os serviços de apoio (rouparia, lavanderia, nutrição e higienização), de ambiência adequada e funcional ao trabalho de cuidado dos pacientes. No campo da Gestão da Clínica, equipes verticais, com plantões de 24h dificultavam a responsabilização e o vínculo necessário ao cuidado dos pacientes, em especial, a pouca organização e protagonismo do trabalho da enfermagem, enquanto gestora do cuidado nos hospitais. Além disso, inexistia equipes multiprofissionais, horizontais e de referência, e de equipes de apoio matricial de retaguarda, que realizassem o cuidado, a discussão dos casos e se responsabilizassem por toda a linha de cuidado dos pacientes.

O olhar externo das consultoras apresentou, para o grupo da Assessoria de Humanização, a falta de zelo nas unidades em relação à mobília (cadeiras velhas e rasgadas, camas quebradas, quando havia no estoque mobiliário para reposição), falta de limpeza dos espaços, desrespeito às normas da vigilância sanitária em relação à guarda de alimentos junto a medicações (geladeiras de medicamentos, postos de enfermagem), existência de grandes estoques nos postos de enfermagem dificultando o controle da administração e da evasão dos mesmos. Os carros de emergência apresentavam-se com sujidade visível com medicação vencida e sem padronização. Não havia nenhum mecanismo de conferencia e limpeza dos mesmos. Os espaços para descanso dos funcionários eram inapropriados, sujos e desorganizados, bem como a guarda de pertences em armários individualizados, dificultando o uso por outro profissional.

Para acompanhar essas Consultoras, a Assessoria de Humanização selecionou as pessoas que ficaram responsáveis pelo andamento deste projeto, contratando externamente um farmacêutico e uma nutricionista e mobilizando dentre sua equipe um enfermeiro e uma assistente social.

Inicialmente, esta equipe, sempre acompanhada pela consultora externa, visitou as unidades para observar seu funcionamento, sua organização, a ambiência, as rotinas da enfermagem e os serviços de nutrição. Durante estas visitas, sempre acompanhados pelos profissionais das unidades,

fizemos nossas observações e análises, discutindo e orientando esses profissionais em relação ao trabalho a ser desenvolvido em cada uma das áreas, buscando entender e atender as necessidades desses profissionais também. Detectamos quais as principais ações e medidas que deveriam ser tomadas, assim como as modificações necessárias para atendermos minimamente às expectativas existentes em relação ao projeto e propor melhorias para a mudança no jeito de cuidar. Em relação à ambiência, mudanças foram propostas, pois a retirada de grades de proteção nas recepções era considerada imprescindível para proteção e para a quebra desse paradigma muita discussão foi necessária. A partir dessas visitas e das análises, levamos para a Superintendência de Unidades Próprias as observações realizadas e a proposta do projeto tendo como foco a melhoria e Humanização na Qualidade da Assistência. Pactuou-se como seriam efetivadas as mudanças e como seria a execução desse processo numa parceria entre a Assessoria de Humanização e a Superintendência de Unidades Próprias, os Diretores Gerais, os Diretores Médicos e Administrativos, as Chefias de Enfermagem e Nutrição, discutindo como seria a implantação deste projeto. Durante essa apresentação e pactuação da execução do Projeto, foi solicitado aos Diretores a indicação de profissionais que seriam os responsáveis internos para a execução do Projeto e que atuariam juntamente com equipe de Hotelaria da Assessoria de Humanização. Prioritariamente, solicitamos que esse profissional fosse um enfermeiro pela sua formação e entendimento sobre Normas e Rotinas de enfermagem, CCIH, Esterilização, Higienização e o Cuidado propriamente dito. Estes indicados foram capacitados pelas consultoras e pela equipe, e foram acompanhados durante o inicio do desenvolvimento do trabalho, em suas unidades.

Diversas reuniões foram realizadas entre a equipe central e os responsáveis pelo projeto nas unidades para entendimento da maneira pela qual seriam realizadas as mudanças e a reorganização dos processos de trabalho nas unidades, consideradas indispensáveis.

Notamos muita dificuldade de compreensão com relação à maneira pela qual o trabalho deveria ser executado por parte dos profissionais escolhidos pelos gestores locais e evidenciamos a necessidade de um instrumento/roteiro que norteasse as ações. A partir da realidade encontrada e das discussões com os responsáveis pelo projeto dentro dos hospitais, foi elaborado um instrumento/roteiro básico para auxiliar o profissional da unidade no monitoramento, e na implementação das ações e das mudanças propostas no Projeto. Para as propostas de mudanças na ambiência e retirada de grades e colocação de quadros de avisos a contribuição da equipe de Design

da SES foi fundamental. Coube à equipe de hotelaria da SES acompanhar todo este processo, intermediando o diálogo entre as Unidades e a SES.

Diante da necessidade de padronizar e uniformizar de comum acordo quanto à utilização de um instrumento de avaliação único para as unidades, apresentamos o roteiro para o Monitoramento das Unidades. Esse roteiro trabalha com 04 grandes frentes:

- Processos (Avalia toda parte documental e de rotinas do serviço),
- Assistência (Avalia o cuidado prestado ao paciente e as rotinas para a Segurança do mesmo),
- Hotelaria (Avalia a limpeza, equipamentos e a interface com alguns serviços)
- Precauções (existência e implementação de Normas de Segurança do paciente),

Cada uma dessas frentes é composta por perguntas e cada uma delas composta por padrões estruturados que direcionam os avaliadores. Estando em conformidade com os padrões estabelecidos é atribuída uma letra (de A à E) a qual é estabelecida um percentual que varia de (0 – 100%).

A aplicação desse roteiro foi realizada bimestralmente, os percentuais alcançados assim como as não conformidades são foram discutidos com os coordenadores e gerentes das unidades, de forma a se trabalhar e providenciar as melhorias e mudanças necessárias da unidade. Os roteiros aplicados e as discussões realizadas geraram os relatórios objetos deste estudo.

Discussões

Durante toda a implementação deste projeto piloto nos quatro hospitais escolhidos, foram realizadas diversas reuniões no intuito de discutir com os vários agentes inseridos neste processo, além de outros setores da SES, tais como a Superintendência e a Subsecretaria de Unidades Próprias, atentando para o princípio da transversalidade preconizada pela PNH. Dentro dos hospitais, as discussões envolveram diferentes atores, tais como Chefias e coordenações de Enfermagem, Nutrição, Administração, equipe médica, CCIH, Serviços Gerais, Lavanderia entre outros.

Estes debates foram muito produtivos, no intuito de elucidar questões e dúvidas que as equipes por ventura pudessem ter, sendo que a equipe de Hotelaria da Assessoria de Humanização

sempre esteve presente, acompanhando este processo. Além disso, havia um espaço para a resolução de conflitos e resistências de ambas as partes, chegando a um consenso e ao surgimento de novas formas de processos e rotinas de funcionamento.

Um desses exemplos foram as discussões com relação ao gerenciamento do enxoval que evoluíram de maneira que foi possível organizar e criar o serviço de camareiras e rouparias satélites, facilitando a distribuição e o controle do enxoval da instituição, principalmente nas emergencias, com isso deixamos de encontrar pacientes com roupas trazidas de casa e/ou sem o uso das mesmas.

Outro resultado destes debates foi o momento em que nós evidenciamos a necessidade da retirada das grades de acesso dos familiares aos colaboradores, que criava uma barreira entre eles e levando muitas vezes a conflitos desnecessários, para isso fez-se necessário ampla discussão, ou seja, quebra de paradigmas em relação a essa "proteção".

Após várias reuniões colegiadas e debates realizados entre a equipe multiprofissional, alguns gerentes de enfermagem chegaram a usar o monitoramento (percentuais alcançados) como uma ferramenta para avaliar o desenvolvimento do trabalho dos coordenadores de enfermagem de cada unidade.

Gestão do Cuidado

Outra questão importante evidenciada por essa Assessoria foi a necessidade de estruturar e melhorar os serviços e discutir um novo modo de fazer a Gestão do Cuidado ou seja apostar numa nova forma de organização do cuidado.

O desenvolvimento desse trabalho contou com um grupo que realizou apoio institucional nos Hospitais Estaduais e que fez a discussão da Gestão do Cuidado. Este espaço de discussão propiciou uma reflexão sobre a Gestão da Clinica e o modo de Cuidar. Entendendo que a Gestão da Clinica, é uma área da competência profissional que representa um conjunto de capacidades que possibilitam a organização do cuidado seguro e de qualidade, considerando necessidades e riscos apresentados pelos pacientes, por meio da utilização de arranjos que permitam construção de vinculo, trabalho em equipe, responsabilização e socialização de informações, esse dispositivo tem provocado a discussão dos processos de trabalho com as equipes Cuidadoras, promovendo mudanças nas rotinas de trabalho.

A primeira etapa - **fazer o diagnóstico da unidade, levantar a geografia assistencial dessa unidade por eixo da emergência** - de maneira a explicar quantos pacientes entravam na unidade

pelo eixo vermelho e eixo azul, qual a porcentagem por risco, tanto dos que chegavam por meios próprios, como os que são trazidos por ambulancias. E também quais eram as áreas programáticas do município do Rio, assim como dos demais municípios que tinham maior predominância de atendimento (o que auxiliaria a discussão com os gestores das outras esferas), o quantitativo de atendimento do ambulatório, o número de internações e o número de cirurgias por eixo assistencial. Verificou-se grande avanço para essas unidades, pois não possuíam um histórico dessas informações. Nesse sentido, houve facilidade operacional, visto que os hospitais já possuíam suas portas de entrada informatizadas.

A segunda etapa - **organizar um estudo sobre os processos de trabalho na emergência por estação de cuidado**- para discutir a gestão desse processo, ou seja de que maneira os profissionais desempenhavam as suas ações dentro dessas estações de cuidados, ou seja o que era desenvolvido em cada um desses espaços.

Por exemplo, as estações de Cuidado ou Unidade de produção são os lugares onde se produzem atos de intervenção sobre um determinado problema de saúde:

Sala Vermelha atendimento aos pacientes com maior grau de criticidade, ou seja pacientes instáveis hemodinamicamente e com risco de morte nessa àrea são atendidos pacientes em Parada Cardiorespiratória, atendimento ao Politraumatizado, acidentados de transito, baleados e outros, também são realizadas suturas e até mesmo de pequenos procedimentos cirurgicos.

Sala Amarela após o paceinte ser estabilizado na sala Vermelha esses são encaminhados a essa àrea, local esse muito semelhante a uma UTI com pacientes que requerem cuiddos intensivos e vigilancia contínua e,

Sala Verde local de paceintes estáveis sem gravidade que aguardam internações e ou resultados de exames para o seu problema para posterior encaminhamento.

Foi realizado um levantamento das equipes que trabalhavam em cada uma dessas àreas (suas especializações e habilidades), a existencia de protocolos clinicos, Multiprofissional e até mesmo o perfil dos pacientes internados.

Em relação aos equipamentes para suporte de vida, foi realizado um levantamento para verificar se cada uma das áreas estavam equipadas de acordo com as necessidades e à criticidade

dos pacientes, até mesmo os estoques de medicamentos e insumos para o atendimento a cada uma das áreas, assim como a interface entre essas estações de Cuidado com outras (UTI, Centro Cirurgico e Unidades de Internação) para a tranferencia desse pacientes.

A terceira etapa - **formação de linhas de cuidado** – e, para isso, foi necessária a identificação da unidade hospitalar como o elemento estrutural do sistema no Rio de Janeiro, a estratificação de risco, as equipes multiprofissionais com atuação interdisciplinar, a responsabilização final da unidade básica em relação ao usuário, a gestão do projeto terapêutico e a garantia de referência/contra referência qualificada entre os diferentes setores. A dificuldade da integração entre as esferas é um fator que dificulta a continuidade do trabalho, ou seja, fazer a transferência de cuidado entre as Instituições.

A quarta e última etapa - **organizar a saída do paciente através da transferência de cuidado** - utilizando como base o levantamento da geografia assistencial e pactuações com a rede.

Enfim, foi realizado um estudo para possibilitar a essa Assessoria a discussão e a sobre as linhas de cuidado do paciente inicialmente dentro do âmbito hospitalar desta unidade.

Com relação ao NAQH[73] e a seus movimentos, estes possibilitaram a análise e a avaliação das atividades internas e externas da unidade, conhecer e reconhecer sua geografia e analisar onde estão os nós[81], para que se possa buscar parcerias e/ou alternativas de forma a promover a transferência do cuidado dos usuários, assim como desenvolver o processo de trabalho interdisciplinar dentro das unidades, implementando o Projeto Terapêutico Singular, a Clinica Ampliada e os Colegiados, que têm como aposta na sua estrutura de composição a alta gestão e os profissionais da ponta que têm maior sensibilidade e conhecem os principais problemas dentro de cada uma das àreas por onde passa esse paciente, sendo a oportunidade de pactuar a resolução dos mesmos.

Inicialmente, foram convidados para compor esse núcleo, representantes da Direção, da Coordenação da emergência (Médica e Enfermagem), do NIR, da Coordenação do ACCR, da Coordenação do serviço social, ouvidoria e posteriormente, outros atores da unidade conforme a demanda de trabalho. Entretanto, percebeu-se que seria necessário que esse núcleo tivesse uma melhor interface com a SES/RJ. Logo, um grupo técnico matricial da SES foi formado para participar das reuniões do NAQH. Esse grupo foi composto por algumas subsecretarias que

pactuaram em auxiliar as unidades de uma forma mais técnica e ajudar os gestores a ter uma resposta mais rápida e precisa da SES, conforme a demanda de trabalho.

Utilizamos também, uma ferramenta de Gestão chamada KanBan, usada pela Toyota para controlar o seu processo de produção de forma visual. Tal instrumento foi adaptado para a área da saúde para que todos os profissionais atentassem ao tempo de permanência dos pacientes e quais eram as maiores dificuldades. Foram realizadas capacitações para todos os profissionais da emergência, com a ajuda das unidades, a fim de explicar o funcionamento dessa ferramenta e como ela ajudaria a levantar os motivos das médias de permanência excederam as expectativas e buscar as soluções para diminuir o número de pacientes nesses ambientes.

A utilização dessa ferramenta serviu para iniciarmos a discussão dos pacientes de forma multiprofissional, para que se tentasse uma melhoria na gestão do cuidado individual, objetivando potencializar a interface entre os setores para conseguir as melhorias na gestão dos leitos e, principalmente, estimular o trabalho multiprofissional.

Com relação aos percentuais de desempenho alcançados, a partir do monitoramento executado, estes eram discutidos e validados com as Chefias de Enfermagem e Coordenadores da Unidade para as devidas correções. Estes resultados geraram os relatórios que eram enviados bimestralmente para a Direção do hospital, para a Superintendência e para a Subsecretaria de Unidades Próprias e para a equipe de Hotelaria da Assessoria de Humanização, que acompanhava o andamento do projeto nas unidades, apoiando e discutindo as soluções em conjunto. Foram estes mesmos relatórios que subsidiaram este estudo, no que concerne a implantação do projeto de Hotelaria nas unidades estaduais de saúde.

Para exercer a clinica, é necessário que os valores e posturas dos profissionais sejam mudados diante dos usuários e reconhecer o outro como sujeito e não como objeto das intervenções em saúde.

Como destaca Cunha[74], profissionais de saúde estão mais acostumados a falar do que a ouvir. Com certo grau de autoritarismo, orientam enfaticamente os pacientes sobre o que fazer e evitar, tratando-os, muitas vezes, como crianças.

E quando as orientações /ordens não são seguidas, ou o paciente tem outras prioridades, os profissionais, muitas vezes, se irritam, de forma inconsciente, o que dificulta ainda mais o diálogo e

a possibilidade de uma proposta terapêutica pactuada com o paciente. Esses autores destacam a importância de produzir corresponsabilidade e não culpa.

Para Campos[75], a autonomia dos sujeitos é a capacidade de participar da construção das regras e normas da sociedade, estabelecer contratos sociais com outros sujeitos, compreendendo, refletindo e agindo sobre si e sobre o contexto onde está inserido. É sempre uma construção gradativa e relativa, uma vez que ela depende de fatores sobre os quais se têm compreensão e capacidade de intervenções parciais.

Nessa perspectiva, autonomia do sujeito é entendida como a capacidade dos pacientes, das famílias e das comunidades de cuidarem de si mesmos, lidando com suas próprias dependências e com situações que a eles se apresentam (e não como liberdade absoluta ou contrário de dependência). "Sujeitos autônomos seriam, em tese, mais capazes de lidar com relações de dependência e para administrar conflitos de forma positiva para si mesmos e para o coletivo"[75].

Outra tradução para ganho em autonomia é "empoderamento"[75,14]. Seria o trabalho em saúde contribuindo para aumentar o poder dos usuários. Outros autores, como Dias[76] e Silva et al.[77], cunharam o termo "capacidade de autocuidado".

Para Campos[75], os sujeitos elaboram conhecimentos com base na própria experiência, realizando comparações e através da reflexão. Com isso, tentam compreender o mundo e si mesmos para poder interferir no mundo, que o fazem através das práticas cotidianas, do trabalho.

Como Campos[75] destaca, a ideia de responsabilização sobre o cuidado clínico, de estabelecimento de compromissos e contratos sociais entre os profissionais de saúde e a população não tem sido, infelizmente, a regra dos serviços de saúde brasileiros. O compromisso ético-político com a defesa radical da vida individual e coletiva não tem sido, na maioria dos casos, priorizado. Merhy[67] destaca que, em geral, há mais queixas dos usuários em relação à falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema do que em relação à falta de conhecimentos tecnológicos. Os usuários, na grande maioria das vezes, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.

Para que as mudanças propostas sejam efetivadas nas instituições de saúde tradicionais, esse novo paradigma está representado na inserção da hotelaria hospitalar, tendo em vista que as

[14]Empoderamento ou *empowerment*, em inglês, significa uma ação coletiva desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais. Essa consciência ultrapassa a tomada de iniciativa individual de conhecimento e superação de uma realidade em que se encontra. O empoderamento possibilita a aquisição da emancipação individual e também da consciência coletiva necessária para a superação da dependência social e dominação política. O empoderamento devolve poder e dignidade a quem desejar o estatuto de cidadania, e principalmente a liberdade de decidir e controlar seu próprio destino com responsabilidade e respeito ao outro.

referidas mudanças buscam terapias alternativas, a proximidade dos familiares no dia a dia do paciente internado e a humanização dos serviços com um único objetivo: contribuir na cura do paciente.

Os hospitais estão gradualmente transformados em instituições mais eficientes e humanas, em ambientes confortáveis e terapêuticos, que adotam por modelo hotéis e não fábricas ou oficinas mecânicas, com alimentação sadia e nutritiva, membros da família incluídos na assistência ao paciente e outras sensíveis melhorias desse tipo[78].

Alguns outros projetos passam a ser propostos por esta Assessoria de Humanização da SES, de modo a melhorar e garantir o acesso à informação pelos usuários e seus familiares. Dentre eles, destacam-se o projeto de acolhimento à família e o projeto de hotelaria, objeto deste estudo.

Gestão do Cuidado em Saúde

Carvalho[65] ressalta que o hospital deve investir em um ambiente de hospedagem, considerando o paciente e sua família como usuários, sem perder seu foco principal: o tratamento e a assistência.

Para Berwick[66], a atuação dos programas de qualidade e excelência em unidades hospitalares não está focada diretamente no ato clínico, no atendimento em si, mas "tem sua importância esta realização, mas o grande foco é uma gestão simples e altamente profissional, gerindo o sistema hospitalar com competência e agilizando o seu funcionamento".

As unidades hospitalares possuem indicadores diversos para a aferição da qualidade e, também, da excelência de seus serviços, sendo alguns dos mais comuns a aferição da taxa de mortalidade, o tempo de permanência na instituição, a taxa de readmissão imediata, a de infecção hospitalar e, também, os dados relacionado a complicações cirúrgicas e percentual de cesáreas[66].

Para Capra[79]: "a finalidade básica de qualquer terapia será restabelecer o equilíbrio do paciente, envolvendo tratamentos em vários níveis do sistema corpo/mente, o que irá exigir um esforço de equipe multidisciplinar". Essas novas terapias de assistência à saúde requerem novas qualificações que, antes não estavam associadas à medicina como:

- Revisões de rotinas institucionais e processos de trabalho;
- Reorganizações de espaços e infraestrutura;
- Revisões de contratos de terceirizados (apoio);

- Revisão e aquisição de mobiliário, equipamentos, enxovais, entre outros.

Diante da necessidade de discutir, estruturar e melhorar os serviços de saúde para dentro dos hospitais, a Assessoria de Humanização vem apostando em uma nova forma de organização do trabalho, para o que conta com o grupo de apoiadores institucionais que criam e proporcionam espaços para debates e operacionalização sobre a Gestão do Cuidado e a Gestão da Clinica.

Segundo o Manual do Consorcio Brasileiro de Acreditação, 2000[67], a Gestão do Cuidado é composta de atividades que incluem: planejar e prestar assistência a cada paciente; monitorar o paciente no entendimento dos resultados do cuidado; modificar o cuidado quando necessário; prestar o cuidado e planejar o acompanhamento.

Para outros autores[80], a definição do cuidado é indissociável de sua integralidade. "É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social".

A Gestão da Clínica, por sua vez, é uma área da competência profissional que representa um conjunto de capacidades que possibilitam a organização do cuidado seguro e de qualidade, considerando necessidades e riscos apresentados pelos pacientes, por meio da utilização de arranjos que permitam construção de vinculo, trabalho em equipe, responsabilização e socialização de informações.

Mendes[81] define Gestão Clínica como um conjunto de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde, visando melhorar a qualidade do cuidado. Isto significa assegurar padrões clínicos ótimos, diminuir riscos, aumentar a eficiência e a efetividade da assistência. A integralidade da atenção é um eixo prioritário no cuidado e está estruturado em redes assistenciais que articulam dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização e tem a gestão da clínica como ferramenta para agregar resolutividade no sistema de saúde, através de instrumentos tecnológicos que permitem integrar os diversos pontos de atenção a saúde.

Nesse sentido, gestão clínica envolve gestão da utilização de procedimentos clínicos, perfilização da clínica, gestão da patologia, gestão de casos, listas de espera e procedimentos expectantes, sistemas integrados de informação, revisão do usuário (Ouvidoria) e protocolos / diretrizes clínicas de atenção à saúde. Mendes[85] define gestão da utilização de procedimentos clínicos como um conjunto de técnicas de revisão destinado a reduzir as incertezas das práticas médica.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 2395[82], para Organizar o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a

entrada do paciente até sua saída, garantindo assistência integral pela rede. Definiu-se que as unidades participantes da RUE (Rede de Urgência Emergência) implantariam o Núcleo de Acesso à Qualidade Hospitalar (NAQH) que tem como proposta discutir os processos e propor mudanças internas, com o apoio matricial do Ministério da Saúde, que discute a rede com as demais esferas. Através da Portaria 1663[73], que dispõe sobre o programa SOS Emergência no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências o NAQH, torna-se de fundamental importância dentro dessas unidades, bem como a constituição do mesmo.

Reconhecendo o NAQH como um espaço importante de encontro, capaz de provocar discussão dos processos de trabalho com as equipes cuidadoras, promovendo mudanças nas rotinas de trabalho, a Assessoria de Humanização vem apoiando a instauração dos núcleos nos hospitais estaduais, no entanto, de todos, somente o HEAS – Hospital Estadual Albert Schweitzer, está inserido no projeto SOS Emergência do MS.

Inicialmente, foram convidados para compor esse núcleo, representantes da Direção, da Coordenação da emergência (Médica e Enfermagem), do NIR, da Coordenação do ACCR (Acolhimento com Classificação de Risco) da Coordenação do serviço social, ouvidoria e posteriormente, outros atores da unidade conforme a demanda de trabalho. Os NAQHs começaram com o apoio matricial de alguns setores da SES com a proposta de elaboração de um plano de ação que contempla 04 (quatro) grandes etapas.

Emergências e Sistema Kanban

Associado a esses movimentos, passou-se a utilizar nas Emergências o Kanban, que é uma ferramenta de Gestão usada para controlar o processo de produção de forma visual. O Sistema Kanban foi desenvolvido a partir do conceito simples de aplicação da gestão visual no controle de produção e estoques[15,]. Portanto, o ganho real no sistema produtivo advém do funcionamento da operação e não necessariamente da aplicação ou não da gestão visual[83].

Conforme Moura[83], Kanban é uma técnica japonesa de gestão de materiais e de produção no momento exato (*Just-in-Time*), que é controlado através do movimento de cartão (Kanban). A inspiração inicial para o desenvolvimento do Kanban, segundo seu criador Taiichi Ohno[84], foi à análise sobre o sistema de funcionamento dos supermercados americanos.

[15] Kanban" (japonês) = "cartão visual" (em português) com a função primordial de viabilizar a produção *Just in Time*

Esse instrumento foi adaptado para a área da saúde para que todos os profissionais atentassem para o tempo de permanência dos pacientes e as maiores dificuldades. Foram realizadas capacitações para todos os profissionais da emergência, com a finalidade de explicar o funcionamento dessa ferramenta e, como ela ajudaria a levantar por que motivos as médias de permanência excedem as expectativas e buscar as soluções para diminuir o volume de pacientes nesses ambientes.

O Kanban foi dividido por níveis, pois já se utilizavam as cores para as Classificações de Risco (usuário com maior grau de criticidade) e das estações de cuidado (salas Vermelha, Amarela e Verde). Cada nível representa um tempo de permanência nas estações de cuidado.

A utilização dessa ferramenta serviu para analisar os motivos pelos quais o paciente permanece em determinado local e discutir com toda equipe multiprofissional, pois promove a interação entre os profissionais e busca a responsabilização pelo cuidado. A ferramenta tem como objetivo potencializar os esforços para individualizar o cuidado, bem como promover a interface entre os setores para agilizar a resolução das pendências, rodar os leitos e, principalmente, estimular o trabalho multiprofissional. Foi possível, com esse processo, identificar as principais patologias que predominavam nas emergências do Estado do Rio de Janeiro e o perfil de atendimento dessas unidades.

A premência de se reavaliar a organização hospitalar visando à otimização de recursos, a atendimento humanizado e acolhedor perante a realidade em muitas das unidades hospitalares da Secretaria de Estado de Saúde do RJ, no que concerne o atendimento ao público, necessita de uma análise de como o processo de trabalho está sendo realizado dentro desses hospitais. O objetivo fundamental da Política Nacional de Humanização (PNH) segundo os autores Benevides e Passos:

> Mudamos as relações no campo da saúde quando, por um lado, experimentamos a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e de gestão do cuidado. Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num Serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação[85].

Como a humanização requer uma modificação no modo de se fazer gestão no sistema de saúde, os autores[85] sugerem também uma alternância no processo de planejamento, que repercute na prestação dos cuidados e das práticas em Saúde. A humanização pressupõe uma mudança na gestão dos sistemas de saúde e seus serviços, que consequentemente transforma a maneira com que os profissionais de saúde, gestores e usuários interagem entre eles. Um dos propósitos da humanização é o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais (campo das interações

face a face) e entre hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por essas instituições[40].

A transparência, o compartilhamento de informação, a reconstrução dos diferentes domínios de atividades explorando as potenciais sinergias, a construção da pedagogia de avaliação, a introdução do raciocínio dos custos de oportunidades e a captação de recursos adicionais por meio de projetos são os instrumentos com os quais se pretende criar uma rede de solidariedade[86].

Segundo o Documento Base para gestores do Ministério da Saúde, no eixo da gestão da Política Nacional de Humanização[40], existem propostas de práticas de planejamento, de monitoramento e de avaliação, fundamentadas nos seus princípios, nas suas diretrizes e nos seus dispositivos, que meçam seus resultados e gerem conhecimentos específicos no que se refere à perspectiva da Humanização do SUS. A Humanização enquanto política pública que atravessa e transversaliza as diversas ações do SUS, visa traduzir os princípios deste sistema em formas de operar e trabalhar por parte dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, assim como guiar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência real do trabalhador e usuário[40].

O trabalho que vem sendo desenvolvido pela Assessoria nas Unidades Assistenciais da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro foi ampliado a partir da proposta do Projeto de Hotelaria e, com este projeto, foi possível abrir o debate sobre a Gestão do Cuidado. Com propostas de um novo jeito de cuidar, vem se discutido com gestores e colaboradores com transparência e quebrando paradigmas de anos de atuação onde a figura mais importante no cuidado era a do médico, possibilitando elaborar estratégias que promovam um diferencial para os pacientes quer seja dentro das estações de cuidado ou dentro de uma linha de cuidado para atendimento à sua necessidade de saúde.

ANÁLISE DOS DADOS

HOSPITAL A

PROCESSOS

Este tópico se refere à organização da Unidade bem como as Normas e Rotinas de apresentação dos funcionários, bem como a organização para o atendimento adequado ao paciente em uma situação de emergência**.**

No início do projeto identificou-se vários problemas relacionados à organização do serviço, assim como a falta de Normas e Rotinas operacionais para que a Unidade tenha um roteiro e saiba como deve o funcionário deve trabalhar.

01. A apresentação e identificação dos funcionários tornou-se motivo de preocupação, pois é Direito do Usuário reconhecer quem é o seu cuidador (PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009)[87]. Outra rotina que verificada é que os cuidados de enfermagem eram feitos por divisão de tarefas e não por cuidado integrais, em que o cuidador tem total responsabilidade sobre o paciente. O trabalho era executado de forma em que cada um realizava uma etapa dos Cuidados, ou seja, um preparava a medicação e o outro fazia os cuidados tais como banhos, curativos, punções etc., sendo a equipe dividida conforme a demanda do plantão e o número de pacientes internados no setor. Rotinas de difícil aceitação da equipe. Necessitaria de um maior compromisso das Gerencias e Coordenações de enfermagem.

02. A proposta de rotinas do controle de medicamentos é uma preocupação, pois devido à falta de devoluções de medicamentos (Alta, óbitos ou transferência), os estoques crescem diariamente. Os estoques observados eram grandes quantidades nas Unidades dificultando o controle da administração, prazo de validade, temperatura, lote etc. A dificuldade de se estabelecer essa rotina foi imensa, pois não parecia haver parceria com a farmacêutica responsável. As prescrições eram separadas (antibióticos, medicações para dor, febre etc.) e depois eram colocadas todas as medicações juntas em um saco plástico para serem enviadas ao setor. Através de reuniões com os enfermeiros e farmacêuticos, foi proposta a devolução de parte do arsenal existente na Unidade para que pudessem minimamente ter controle dos medicamentos.

Cabe ressaltar que apesar da evidencia de que os estoques nas unidades propiciam perdas de materiais e medicamentos e principalmente falta de controle da administração, a resistência da gerente de farmácia em efetivar essa nova rotina foi muito grande.

Com a entrada da OS no inicio de 2013, houve reuniões entre a equipe de Hotelaria da Humanização com a equipe de Hotelaria da unidade a fim de que começassem a estabelecer a dose individualizada de materiais e medicamentos em nome dos pacientes, para se ter maior controle da administração e do desperdício e perdas, propriamente dito, pactuando-se que se iniciaria com a UTI. Atualmente, a farmácia trabalha com a dispensação de materiais e medicamentos em nome dos pacientes.

03. Os relatórios apontam para a falta de controle rigoroso do carro de emergência, fundamental para o atendimento ao paciente em situações críticas no inicio do projeto.
Com o apoio da equipe de hotelaria, houve discussões entre a equipe de enfermagem e farmácia e foram padronizados as medicações para atendimento emergencial e os check-list da conferência dos carrinhos de parada cardíaca (PCR) e também em alguns, a falta da tábua de massagem cardíaca. A partir dessa necessidade, criou-se a rotina para a abertura do carro somente em situações de emergência, e após a reposição de todo material e medicamento utilizado e conferência do mesmo, bem como o funcionamento dos equipamentos e até mesmo a falta de alguns aparelhos importantes para o momento da manobra. Ainda é bastante frágil essa rotina.

04. A proposta de reuniões mensais com a equipe é mais uma preocupação, pois evidenciou-se que não existe esse canal de comunicação. Considerou-se esse fato como importante, pois é o momento de troca de informações e de apresentar e pactura as Normas a serem seguidas pelos colaboradores e até mesmo incentivar a participação em capacitações e ou treinamentos necessários.

Apesar de haver um incentivo frequente, não houve avanços com relação a esse planejamento de reuniões entre as equipes. Foi observado que as informações são basicamente relatadas em livros de ordem e ocorrência, onde os profissionais simplesmente assinam que estão cientes não havendo troca nos plantões.

No decorrer dos monitoramentos identificou-se melhorias nas Unidades onde a equipe teve que criar alguns mecanismos para gerenciar melhor o serviço e com isso melhorar os percentuais alcançados. Com a chegada da OS essas rotinas estão sendo implantadas.

ASSISTÊNCIA

Esse item trata basicamente da prestação de Cuidados de enfermagem ao paciente e a interface desses profissionais com outros atores imprescindíveis ao Cuidado, porém nos deparou-se com uma prestação de cuidados bastante deficitária, devido a falta de Normas e Rotinas simples de serem executadas.

05. A apresentação dos enfermeiros (equipe de enfermagem) aos pacientes são medidas simples e infelizmente de difícil implantação, pois é de direito do Usuário reconhecer o seu cuidador (PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009)[87]

Segundo os relatórios, ainda não existia efetivamente essa rotina, onde o paciente era informado quem seria a enfermeira responsável pelo serviço naquela unidade. Verificou-se que nem mesmo dentro das UTIs essa rotina estava efetivada no inicio dos trabalhos da hotelaria. Houve bastante discussão com os gerentes de enfermagem dessa Instituição para estabelecer essas rotinas que são simples e não requer nenhum recurso financeiro, somente "boa vontade", porém nos deparou-se com "N" justificativas contrárias. Com a chegada da OS nas UTIs essa rotina estava sendo implantada.

06. Outro ponto abordado pelos relatórios, foi a necessidade da utilização de medidas preventivas de úlcera por pressão, bronco aspiração, flebite e queda.

Quando os trabalhos foram iniciados, ficou evidenciado que nenhuma medida de precaução era utilizada dentro da Unidade em questão. Esta necessidade foi levada para discussão com os gerentes de enfermagem e alguns protocolos foram amplamente divulgados para o grupo.

Essas medidas foram pactuadas com a equipe de CCIH e estão previstas na Portaria do Ministério da Saúde de 529/2013[88] que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Os relatórios permitiram avaliar e analisar as necessidades com relação ao cuidado, onde investiu-se em cursos de capacitações para esses profissionais, com foco na necessidade de implementar esses indicadores para a melhoria da Assistência. Necessitaria de maior compromisso dos gerentes e coordenadores de enfermagem para implementar essa rotina.

07. Na análise dos relatórios, verificou-se que as avaliadoras internas consideravam como ótimo a passagem de plantão, pois a cultura institucional tem como referência a passagem de plantão dentro do posto de enfermagem e não ao lado do leito do paciente, com base nas descrições feitas nos prontuários dos pacientes. Até o final de 2013, essa rotina ainda estava sendo mantida com passagem no posto, mesmo com a equipe incompleta, com exceção das UTIs.

08. Com relação às anotações da enfermagem, segundo os relatórios, no início da aplicação do instrumento, muitas vezes não havia informação relevante sobre o estado geral dos pacientes, sobre sua evolução no prontuário, assim como sobre os cuidados realizados pelas equipe de enfermagem e as demais categorias envolvidas no processo da assistência. No decorrer da implantação do projeto de hotelaria, a equipe começou a fazer os registros. Entretanto, verificou-se que os mesmos ainda são fracos no sentido de que nem sempre estão por ordem de ocorrência, não possuem consideração importante sobre o estado geral do paciente,e nem sempre têm assinatura legível e nº COREN do profissional que fez as anotações.

Esses dados serviram de base para ampla discussão da necessidade de capacitação da equipe e dos enfermeiros na Unidade. A atuação do COREN em relação à anotação isso tem sido de grande estimulo para efetivação dessa rotina. Porém, infelizmente, isso não evoluiu muito. Deve-se considerar que em alguns setores como a Pediatria houve uma melhora desses dados.

HOTELARIA

Nessa frente avalia-se a limpeza, os equipamentos e a interface com alguns serviços de apoio como nutrição, rouparia, manutenção entre outros.

09. Identificou-se a existência da equipe de Nutrição, porém o trabalho para avaliar a necessidade nutricional de cada paciente não estava dentro das suas atribuições, restringindo-se meramente à transcrição e revisão das solicitações médicas.

Baseando-se nos relatórios, evidenciou-se que não existia a pratica da nutrição clinica e nem a interface com os enfermeiros que respondiam pelo paciente.Foi constatado que a prática do trabalho multidisciplinar era inexistente, pois o Nutricionista e o enfermeiro não trocavam informações pertinentes com relação ao quadro do paciente.

Cabe ressaltar que no primeiro retorno dos relatórios dessa Unidade , logo após a apresentação da proposta deste projeto, os nutricionistas apresentaram grande resistência frente à implementação do mesmo. As equipes de Hotelaria da SES e da unidade tiveram grandes problemas com esta equipe, por achar que não cabia à hotelaria a análise dos itens pertinentes a esse serviço. Houve bastante critica do grupo em relação a esse trabalho e em meados de 2012, houve uma discussão entre estes atores, as equipes de Hotelaria e o próprio Conselho de Nutrição do Estado do RJ, que após a apresentação do projeto, entendeu exatamente qual era a proposta da SES. Aproveitou-se essa oportunidade para que se discutisse a importância do trabalho Interdisciplinar com a presidente deste Conselho, que fez elogios à proposta de trabalho da SES.

As constatações evidenciadas nos relatórios propiciaram capacitações em relação ao trabalho Multiprofissional e à Gestão da Clinica para as equipes e facilitaram a conversa entre as equipes.

10. Nas análises verificou-se muitas queixas com relação à qualidade dos descartáveis e a partir disso foi realizado um estudo dos contratos por parte das equipes da Hotelaria SES e da unidade com os fiscais de contrato para verificar as possibilidade de melhoria.

Houve avanços na qualidade dos utensílios e de novos equipamentos para dispensação das dietas, com objetivo da alimentação chegar ao paciente com uma temperatura adequada, além da troca de utensílios utilizados na distribuição das refeições , que antes eram de alumínio pelos de isopor.

Não houve êxito na implantação da Nutrição Clínica, mas conseguiu-se uma melhora significativa na qualidade das refeições, na variedade nos cardápios e também a implantação da refeição divertida na pediatria. Apesar dos esforços ainda há falta de mesas de refeições no leito destinadas aos pacientes.

11. Apesar da existência de mobiliários e equipamentos médicos hospitalares em todos os setores, não havia nenhum mecanismo de controle dos mesmos.

Foi pactuado com a equipe de administração, hotelaria e enfermagem, que seria utilizado um check list para controle do mobiliário e dos equipamentos, sendo que a equipe de enfermagem seria a responsável pela conferência, e encaminhado para que as Coordenações tivessem controle.

Apostou-se na melhoria da manutenção e na reposição dos materiais e equipamentos que estavam danificados e que demoravam muito tempo para serem consertados,dificultando a assistência.

12. Com relação aos resíduos (infectantes e comuns), no início da implantação do projeto, verificou-se que não havia a separação adequada conforme resolução ANVISA RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004[89]. A partir desta constatação, foi acionada a empresa contratada para adequação a resolução.

13. Não havia separação entre as roupa sujas e os resíduos, estes ocupavam o mesmo espaço físico, até que a empresa os recolhesse para o destino final. Foram construídos abrigos para separação dos mesmos, em ambientes distintos, com rotinas estabelecidas para a limpeza após o recolhimento feito pelas empresas terceirizadas, para tratamento adequado das roupas e dos resíduos infectantes.

14. No início da implantação do projeto, verificou-se a necessidade de adequação física para determinados setores, pois o espaço da rouparia estava pequeno e inapropriado. Para isso negociou-se a utilização da antiga lavanderia (que estava desativada) para a rouparia e para a guarda dos enxovais. A partir dos relatórios, verificou-se a necessidade de se recomendar um profissional especifico para este serviço, visto que este era executado por profissional antigo e de difícil interlocução. Estabeleceu-se a contagem do enxoval para verificar a necessidade da unidade e se propôs estabelecer a rotina do descanso do enxoval após o processo de lavagem de forma a aumentar sua vida útil. Isto foi feito a partir da capacitação dos profissionais envolvidos.

Após a reorganização do setor, foram criados fluxos e rotinas destinados ao armazenamento e distribuição de kits de enxoval, com a implantação de rouparias satélites na emergência e enfermarias, para que fossem distribuídos os kits de enxoval por leito ocupado.

PRECAUÇÕES/CCIH

Este item trata das Normas de Segurança do Paciente dentro das Instituições e a sua implementação e divulgação entre os todos os colaboradores.

15. Nas primeiras avaliações este item estava hipervalorizado , como se fosse ideal, porém foram encontrados vários pacientes sem identificações de punções, curativos, sondas etc., ou seja, havia um longo caminho pela frente para que essa rotina fosse efetivamente implantada nos Setores,

identificou-se então a necessidade de um maior empenho dos Gerentes e Coordenadores de enfermagem e uma maior divulgação para a equipe.

16. Este item é importantíssimo na prevenção de infecções, mas que efetivamente necessita de vigilância e controle para sua implementação. Verificou-se que os profissionais não higienizavam as mãos ao manipular diferentes pacientes e quando o faziam, a técnica era incorreta. Apesar de simples, a adesão dos profissionais à higienização das mãos era baixa.

Várias capacitações foram efetuadas, visando a sensibilização a esse item e foi providenciado condições para isso, como instalação de pias com sabão e papel toalha para uso dos profissionais.

17. Observou-se que o uso dos EPIs (Equipamento de Proteção Individual)é bastante intenso nas Unidades de Alta Complexidade como nas UTIs. Os relatórios depararam-se com uma situação insatisfatória com relação a esta questão. Detectou-se também casos de erros na sua utilização, principalmente no quesito luvas de procedimentos na manipulação de diferentes pacientes, assim como as máscaras N 95.

18. Antes do início do projeto, observou-se que não existia nenhuma preocupação em relação a alimentos e resíduos infectantes no posto de enfermagem. Foram encontrados alimentos na geladeira de medicamentos. Após a implantação do projeto, e uma intensa cobrança, verificou-se a partir dos relatórios, que houve uma diminuição da presença de alimentos, porém ainda encontrava-se resíduos infectantes nos postos de enfermagem. Essa rotina já se encontra estabelecida, porém seria necessário uma maior adesão e empenho das Gerencias e dos Coordenadores.

19. A partir dos relatórios, verficou-se que os profissionais de saúde que trabalham na unidade desconhecem o manual do CCIH, não existindo uma lista de ciência dos funcionários sobre a utilização da rotina CCIH. Segundo os relatórios analisados, esse item ainda continua sem a assinatura dos profissionais ou até mesmo do próprio manual.

20. Em relação às tarjas ou placas que identificam as precauções nos quartos em que os pacientes são internados, detectou-se a falta das mesas, segundo os relatórios.

HOSPITAL B

PROCESSOS

Este tópico se refere a organização da Unidade bem como as Normas e Rotinas de apresentação dos funcionários, bem como a organização para o atendimento adequado ao paciente em uma situação de emergência**.**

No início do projeto identificou-se vários problemas relacionados à organização do serviço, assim como a falta de Normas e Rotinas operacionais para que a Unidade tenha um roteiro e saiba como deve o funcionário deve trabalhar.

01. A apresentação e identificação dos funcionários tornou-se motivo de preocupação, pois é Direito do Usuário reconhecer quem é o seu cuidador (PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009)[87]. Outra rotina que nos chamou atenção é que os cuidados de enfermagem eram feito por divisão de tarefas e não por cuidado integrais onde o cuidador tem total responsabilidade sobre o paciente.

02. A proposta de rotinas do controle de medicamentos é uma preocupação, pois devido a falta de devoluções de medicamentos (Alta, Óbitos ou transferência) os estoques que observados eram em grandes quantidades na Unidade, onde facilmente perde-se o controle das medicações efetivamente administrada nos pacientes. Gradativamente, ocorreu uma parceria entre os serviços envolvidos e houve a reestruturação do serviço para a distribuição de medicamentos para os setores, a partir da identificação e distribuição da medicação para cada paciente, sendo identificado a través de nome completo, setor e leito, diminuindo assim a grande quantidade de medicações nos postos de enfermagem e enfermarias. Em relação a processo de trabalho da farmácia houve um maior controle em relação à dispensação, tendo assim um panorama das medicações utilizadas por setor diariamente.

Cabe ressaltar que, segundo os relatórios, ainda não havia sido efetivada a dispensação de materiais (seringas, agulhas, fitas de glicemia capilar e outros), porém esse fato é de comum acordo entre os enfermeiros, o que facilitou bastante o controle da administração dos medicamentos para os pacientes em seus devidos horários. A devolução está sendo realizada em nome dos pacientes na farmácia.

03. Dentre as faltas de rotinas verificadas, aponta-se para a falta de controle rigoroso do carro de emergência fundamental para o atendimento ao paciente em situações críticas. Com o apoio da equipe de enfermagem e farmácia, foram padronizados as medicações para atendimento emergencial e os check-list da conferência dos carrinhos de parada cardíaca (PCR), sendo protocolados as aberturas e conferência de todo material e equipamentos e verificação das medicações em relação a data de validade e conferência de funcionamentos dos aparelhos envolvidos. Foi sinalizado também a falta de alguns aparelhos importantes para o momento da manobra.

04. A proposta de reuniões mensais com a equipe é mais uma preocupação, pois não havia essa cultura entre os Coordenadores. Considera-se essa questão como importante, pois é o momento de troca de informações apresentar e efetivar as Normas a serem seguidas pelos colaboradores e até mesmo incentivar a participação em capacitações e ou treinamentos necessários.

Apesar de haver um incentivo frequente no que diz respeito ao planejamento de reuniões entre as equipes, não houve avanços nesse item, pois infelizmente foi observado que as informações são basicamente relatadas em livros de ordem e ocorrência, onde os profissionais simplesmente assinam que estão cientes não havendo troca nos plantões.

Baseando-se nos relatórios, identificou-se melhorias nas Unidades onde a equipe teve que criar alguns mecanismos para gerenciar melhor o serviço e com isso melhorar os percentuais alcançados.

ASSISTÊNCIA

Esse item trata basicamente da prestação de Cuidados de enfermagem ao paciente e a interface desses profissionais com outros atores imprescindíveis ao Cuidado, porém nos deparou-se com uma prestação de cuidados bastante deficitária, devido a a falta de Normas e Rotinas simples de serem executadas.

05. A apresentação dos enfermeiros (equipe de enfermagem) aos pacientes são medidas simples, porém com difícil implantação, pois é de direito do Usuário reconhecer o seu cuidador (PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009)[87]

Ainda não existe efetivamente essa rotina, onde o paciente é informado quem é o responsável pelo serviço naquela unidade, porém, gradativamente esse item está sendo melhorado em especial com a entrada da OS.

06. Outro ponto abordado pelos relatórios, foi a necessidade da utilização de medidas preventivas de úlcera por pressão, bronco aspiração, flebite e queda. Essas medidas foram pactuadas e iniciadas com a equipe de CCIH e também fazem parte da Portaria do Ministério da Saúde de 529/2013[88] que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Tampouco houve poucos avanços com relação a esse item. Percebeu-se a necessidade de maior empenho por parte das Gerencias e das Coordenações de Enfermagem e dos demais profissionais, tais como Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, médicos, entre outros, responsáveis pelos cuidados em saúde.

O instrumento e os relatórios com seus resultados permitiu a análise das necessidades de investimentos em capacitações para os profissionais, para que se estabeleça Normas e Rotinas para melhoria da Qualidade da Assistência prestada.

07. A passagem de plantão é fundamental para a continuidade do cuidado e era realizada no Posto de enfermagem com base nos prontuários dos pacientes. A partir dos relatórios, pode-se dizer que atualmente são realizadas leito a leito, e é precisamente nesse momento em que se procura verificar se algumas rotinas estão sendo executadas como a identificação de cateteres, curativos e outros.

08. Com relação às anotações de enfermagem, que no início dos relatórios tinham pouca ou nenhuma informação sobre o estado geral dos pacientes ou sobre os cuidados realizados pela equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos no processo da assistência. Esses dados serviram de base para ampla discussão da necessidade de capacitação da equipe e dos enfermeiros nas Unidades. A atuação do COREN em relação à anotação a isso tem sido de grande estimulo para efetivação dessa rotina.

Encontramos-nos em um momento único e expressivo, pois, através do monitoramento pelo qual nos baseamos, investimos em cursos de capacitações para esses profissionais, com foco na necessidade de implementar esses indicadores.

HOTELARIA

Nessa frente avalia-se a limpeza, os equipamentos e a interface com alguns serviços de apoio como nutrição, rouparia, manutenção entre outros.

09. A partir dos relatórios, percebeu-se que apesar da existência da equipe de Nutrição, esta não visitava os usuários para verificar a sua necessidade nutricional .
Ficou evidenciado que não existia a pratica da nutrição clinica e nem a interface com os enfermeiros que respondiam pelo paciente.

Foi constatado que a prática do trabalho multidisciplinar era inexistente, pois o Nutricionista e o enfermeiro não trocavam informações pertinentes ao quadro do paciente.

Diante dessa constatação propiciou-se capacitações em relação ao trabalho Multiprofissional e a Gestão da Clinica para as equipes e facilitamos a conversa entre as equipes.

10. Houve avanços na qualidade dos utensílios e dos novos equipamentos para dispensação das dietas, permitindo que a alimentação chegasse ao paciente em temperatura ambiente, além da troca de utensílios utilizados na distribuição das refeições, que antes eram de alumínio pelos de isopor.

Não se conseguiu implantar a Nutrição Clínica, porém houve uma melhora significativa na qualidade das refeições e na variedade dos cardápios , assim como a implantação da refeição divertida na pediatria.

11. Apesar da existência de mobiliários e equipamentos médicos hospitalares em todos os setores, não havia nenhum mecanismo de controle dos mesmos.

Foi pactuado com a equipe de administração, hotelaria e enfermagem, que seria utilizado um check list para controle do mobiliário e dos equipamentos, sendo que a equipe de enfermagem seria a responsável pela conferência, e encaminhado para que as Coordenações tivessem controle.

Ficou acordado com a equipe o acompanhamento da manutenção e reposição de materiais e equipamentos que estavam danificados e demoravam muito tempo para serem consertados, dificultando a assistência. Havia casos específicos de equipamentos que requeriam um nível maior de especialização, dependendo das empresas terceirizadas para resolução dos problemas.

Nas peças e equipamentos mais simples os reparos eram realizados pela equipe própria de manutenção da unidade.

Esta unidade implementou o serviço de camareiras, com a utilização de um check list que auxiliava na verificação do funcionamento de itens específicos tais como: torneiras de pias, chuveiros, descarga de vasos, maçanetas, portas danificadas, iluminação, mobiliários a realizar reparos.

No início dos trabalhos verificou-se a necessidade de adequação física para determinados setores, sendo contemplando a realização da obra no setor da rouparia, pois não havia local apropriado para a guarda dos enxovais. Ficou pactuada, com acompanhamento da SES, a rotina do descanso do enxoval após processo de lavagem, para aumentar sua vida útil através de capacitação dos profissionais envolvidos.

Após a reorganização do setor foram realizados fluxos destinados ao armazenamento e distribuição de kits de enxoval, assim como a implantação de rouparias satélites na emergência e nas enfermarias para que fossem distribuídos os kits de enxoval por leito ocupado.

12. Com relação aos resíduos (infectantes e comuns), a partir dos relatórios, verificou-se que não havia a separação adequada conforme resolução ANVISA RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004[89], a partir dessa constatação foi acionada a empresa responsável para adequação à resolução.

13. Não havia separação entre as roupas sujas e os resíduos, sendo que estes ocupavam o mesmo abrigo (espaço físico). Após a implementação do projeto, estas foram separadas em ambientes distintos, com rotinas estabelecidas para a limpeza após o recolhimento, através das empresas terceirizadas para o tratamento adequado das roupas e dos resíduos infectantes.

PRECAUÇÕES/CCIH

Este item trata das Normas de Segurança do Paciente dentro das Instituições e a sua implementação e divulgação entre os todos os colaboradores.

14. Segundo os relatórios, este item ainda não está efetivamente implantado nas Unidades/Setores, necessitando de maior empenho dos Gerentes e Coordenadores de enfermagem e uma maior divulgação para a equipe.

15. Este item é essencial na prevenção de infecções , porém, necessita de vigilância e controle para implementar. Nos relatórios, verificou-se que os profissionais não higienizavam as mãos ao

manipular diferentes pacientes e quando o faziam, a técnica era incorreta. Apesar de simples, a adesão dos profissionais à higienização das mãos era baixa.

Várias capacitações foram efetuadas, visando a sensibilização a esse item e foi providenciado condições para isso, como instalação de pias com sabão e papel toalha para uso dos profissionais.

16. Observou-se que o uso dos EPI´s (Equipamento de Proteção Individual)é bastante intenso nas Unidades de Alta Complexidade como nas UTI´s. Os relatórios depararam-se com uma situação insatisfatória com relação a esta questão. Detectou-se também casos de erros na sua utilização, principalmente no quesito luvas de procedimentos na manipulação de diferentes pacientes, assim como as máscaras N 95.

17. Antes do início do projeto, observou-se que não existia nenhuma preocupação em relação a alimentos e resíduos infectantes no posto de enfermagem. Foram encontrados alimentos na geladeira de medicamentos. Após a implantação do projeto, e uma intensa cobrança, verificou-se a partir dos relatórios, que houve uma diminuição da presença de alimentos, porém ainda era possível encontrar resíduos infectantes nos postos de enfermagem.

Essa rotina já se encontra estabelecida, porém seria necessária uma maior adesão e empenho das Gerencias e dos Coordenadores.

18. A partir dos relatórios, verificou que os profissionais de saúde que trabalham na unidade desconhecem o manual do CCIH, não existindo uma lista de ciência dos funcionários sobre a utilização da rotina CCIH. Segundo os relatórios analisados, esse item ainda continua sem a assinatura dos profissionais ou até mesmo do próprio manual.

19. Em relação às tarjas ou placas que identificam as precauções nos quartos em que os pacientes são internados observamos a falta das mesmas.

A partir dos resultados dos relatórios, em que apontam a dificuldade de mudanças nos processos de trabalho dos profissionais da saúde nestas duas unidades. Este projeto buscou referências da Política Nacional de Humanização e o seu modo de fazer como bases de teóricas.

A PNH se desenvolve a partir das vivências do SUS de seus processos de trabalho, e se estrutura nas práticas e experiências dos diversos envolvidos no sistema de saúde. O Documento Base para gestores[6]coloca que a Humanização procura "orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário,...". Um de seus princípios, a transversalidade, fomenta a disposição das práticas de saúde e dos saberes num mesmo plano de comunicação, quebrando as fronteiras dos saberes e das zonas de poder nas relações de trabalho, com vistas a um plano comum. Neste sentido, ela fortalece o trabalho de equipe multiprofissional, e a democratização das relações de trabalho, a construção e a troca dos saberes. O Documento Base para Gestores[40], relata que a Humanização enquanto política transversal na Rede SUS implica no engajamento da articulação dos processos formativos e de capacitação com as práticas e os serviços em saúde, descrevendo que a implementação da PNH pressupõe diversos eixos de ação, e dentre eles a educação permanente, enfatizando a premência das formações no campo da gestão do cuidado, e neste caso, é fundamental para o bom desempenho do projeto de hotelaria nas nossas unidades.

O cuidado ao paciente também pode ser definido pelas diversas atividades que o compõem, sendo que algumas são básicas para o cuidado ao paciente. Estas atividades incluem: planejar e prestar assistência a cada paciente; monitorar o paciente no entendimento dos resultados do cuidado; modificar o cuidado quando necessário; prestar o cuidado e planejar o acompanhamento. Na realidade, o cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente. [29]

Com relação à corresponsabilização, os autores Benevides e Passos opinam que a humanização do SUS pressupõe transformações nas práticas de atenção e de gestão, em que os agentes envolvidos, sejam promotores de mudanças, pois seria a partir de uma mudança nas formas dos sujeitos se relacionarem, formando coletivos, que as práticas de saúde poderiam de fato ser alteradas.[85] Os autores tomam a humanização enquanto estratégia de interferência nas práticas de saúde, considerando que atores concretos e engajados , quando mobilizados, são capazes de, coletivamente,transmutar realidades.

Com relação às mudanças de comportamento a partir de capacitações para conscientização, verificadas nos relatórios, a PNH, enquanto política pública de saúde, possui uma promessa de

efetivar não só transformações no modo de fazer, mas também de uma implicação subjetiva de transformar a própria realidade, de novas criações e até mesmo possíveis inovações nas práticas de saúde.

O posicionamento da humanização em prol de um sujeito protagonista e autônomo se afina com a ideia da correlação entre o conhecimento e a transformação da realidade, o que levou o movimento da humanização da saúde à elaboração de uma política pública.

Uma das dimensões da PNH é a Educação Permanente (EP) que utiliza o campo de trabalho e o sistema de saúde enquanto espaço de formação, promovendo o protagonismo dos profissionais de saúde e fomentando a democratização das relações na produção de cuidados.

No que concerne a importância das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes, Campos[33] fala que seu estreitamento favorece o acolhimento e a atenção ao usuário, assim como o acompanhamento posterior pela equipe de saúde. O autor ainda assinala que a responsabilização da equipe ocorreria através de sua vinculação a determinado numero de pacientes do atendimento de demanda espontânea, assim como a responsabilidade com os problemas coletivos. Sua proposta consistiria numa autonomia das equipes que se organizariam e planejariam sua intervenção na produção dos cuidados em saúde. Neste conceito, está implícita a ideia do incentivo à convocação dos profissionais no seu potencial de criação e inovação de novos modos de gerir e executar o trabalho, historicamente marcado pela fragmentação.

É neste sentido que a Política de Humanização preconiza a indissociabilidade entre atenção e gestão, a inseparabilidade entre os modos de cuidar e os modos de gerir, reiterando a apropriação do trabalho pelos profissionais, defendendo o protagonismo e a autonomia dos sujeitos e coletivos, o que implica na corresponsabilidade.[40]

Foucault interpreta o poder como uma relação de forças, que podem constituir ações sobre ações e que qualquer agrupamento humano estará sempre permeado por relações de poder. Neste sentido, o receio de determinadas classe de profissionais em perder algum grau de poder pode levar a resistências frente a certas mudanças nos processo de trabalho, como foi verificado em vários momentos na coleta de dados dos relatórios.

Para Cecílio e Merhy[29], O cuidado idealizado, recebido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou

menos pactuada, entre os envolvidos nas práticas em saúde. Assim, um conjunto de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas igualmente de conflito, compõem o que entendemos como cuidado em saúde. Segundo estes autores, uma coisa é pensar a equipe como conjunto de ações específicas de cada profissional, como uma linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal e a hierarquia e a rigidez de papéis codificados; a outra é pensarmos em arranjos institucionais, em modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma ação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. Para o cuidado integral com o usuário ser viabilizado, dependeria, pois, por um lado, de uma abordagem em cada ponto de atenção que considerasse o conjunto de suas necessidades e riscos; e por outro, da articulação pactuada entre profissionais de diferentes pontos de atenção ou em diferentes setores do hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, a partir do momento em que o hospital foi visto como local de cura, as práticas de atendimento começaram a mudar e o sujeito a ser considerado em sua totalidade e não mais um corpo doente, mas sim um ser humano com todas as suas complexidades terapêuticas e emocionais, em busca de tratamento digno e humano.

Considerando o referencial teórico normativo deste projeto, assim como as informações levantadas na pesquisa documental, verificou-se que o projeto de hotelaria implantado nas unidades estaduais, ora apresentado neste estudo, teve um papel importante enquanto articulador de discussões e promotor de espaços de debates em busca de soluções de problemas, implicando todos os inseridos na produção dos cuidados em saúde, não somente as diversas equipes multiprofissionais, mas inclusive os demais setores dos hospitais, entre a Direção Geral da unidade, administração, lavanderia, serviços gerais. Este processo gerou a corresponsabilidade, exigindo diálogos entre todos estes atores, envolvendo-os na formulação de soluções, de inovações, de forma a promover a qualidade, a resolutividade e a melhora constante nas práticas de saúde desenvolvidas e nos processos de trabalho executados neste sentido.

A partir da análise dos dados apresentados neste estudo, com relação à implementação do projeto de Hotelaria nos hospitais da SES, verifica-se que houve uma melhora significativa no que diz respeito ao processo de trabalho no cotidiano destas unidades, notadamente no que diz respeito à Gestão dos Cuidados e à Gestão da Clínica. Os relatórios produzidos e enviados à Assessoria de Humanização da SES evidenciam a importância da hotelaria hospitalar nas emergências do Estado enquanto ferramenta para a Gestão do Cuidado. A partir destes e das discussões desenvolvidas em torno dos resultados obtidos, obteve-se um direcionamento de medidas e ações a serem tomadas para um aperfeiçoamento no funcionamento com a implementação de Normas e Rotinas na Enfermagem, criando espaços maiores de discussão, compartilhando informações entre equipes referente às evoluções dos pacientes, ao funcionamento dos demais setores do hospital, e aos prestadores de serviços, tais como farmácia, lavanderia, manutenção e administração entre outros.

Além disso, conforme foi discutido neste estudo, a PNH[40] também define a ambiência como tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva. Em interface com os demais dispositivos da PNH, esse conceito envolve questões relativas a conforto, privacidade,

acolhimento, integração, espaços de “estar”, assim como espaços que propiciem processo reflexivo, inclusão e participação.

A própria estrutura física das unidades hospitalares tradicionalmente foi pensada de forma a garantir a circulação de pessoas de maneira bastante limitada, sob controle excessivo e rígido, horário de visita curto e inflexível, fluxo de informação desorganizado, inexistência de local para acolher os familiares e rede de cuidado, apenas à beira do próprio leito. Diante disso, faz-se necessário atentar também para os espaços físicos das unidades hospitalares, garantindo a organização do processo de trabalho.

A discussão e a busca de soluções em conjunto entre a alta gestão e os profissionais que prestam assistência na ponta é uma mudança que requer uma quebra de conceitos e de paradigmas. Trata-se de um processo longo e de uma mudança de cultura, que não acontece de uma hora para outra. No entanto, a riqueza dos diagnósticos levantados pela proposta de implantação e funcionamento da hotelaria, assim como da gestão do cuidado pelas equipes de saúde, ampliaram a possibilidade dessa construção coletiva e de mudança na qualidade da assistência realizada junto às unidades hospitalares e a rede de saúde.

Os princípios do SUS Universalidade, Equidade e Integralidade já são bem conhecidos, entretanto, a PNH faz um resgate dos mesmos ao se aprofundar no modo de fazer saúde e ao propor princípios fundamentais que se fundem ao funcionamento do sistema de saúde propondo dispositivos e ferramentas claros que direcionam as ações para que possam efetivar na prática, os princípios lançados na Lei 8080[90].

Estas ferramentas, tais como protocolos, rotinas e fluxos, ao serem implementadas, reforçam a organização da atenção e dos processos de trabalho, no sentido em que orientam o caminho das ações fundamentais para atender às reais necessidades do usuário. Entretanto, faz-se mister uma atenção especial no modo como estas ferramentas são implementadas no cotidiano das unidades de saúde, considerando as subjetividades envolvidas, a autonomia dos profissionais inseridos neste processo, estimulando a corresponsabilidade e a co-gestão.

Os relatórios, objetos deste estudo, ajudaram os hospitais ao fornecerem um direcionamento do que era necessário melhorar, não somente no que concerne aos cuidados em saúde, mas inclusive mostrando e apontando como estava o funcionamento e a implementação destas ferramentas. A partir de seus resultados e das discussões realizadas em torno destes e das resoluções empreendidas

face aos desafios identificados, percebeu-se diversas necessidades , entre elas as de capacitação, de sensibilização, de discussão e compartilhamento de idéias e informações entre as equipes, assim como percebeu-se também as resistências oriundas de determinadas categorias profissionais, as resistências culturais e as questões das equipes de plantão que trabalham de forma vertical.

Entretanto, deve-se considerar que esta pesquisa teve limitações que puderam ser visualizadas neste estudo:

a) os resultados não podem ser generalizados, pois se referem apenas a duas unidades de saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ).
b) a análise de conteúdo utilizada para avaliar as informações dos relatórios carrega um pouco de subjetividade na apuração dos resultados, pois fica vinculada ao conhecimento e entendimento que o autor possui sobre o assunto em estudo.

Poder-se-ia falar então da necessidade de um aprofundamento neste estudo para além do tema hotelaria hospitalar, tal como a qualificação da Atenção e Gestão, para que, dessa forma, outros setores da gestão hospitalar fossem contemplados, de maneira a complementar as informações obtidas nos relatórios analisados nesta pesquisa.

RECOMENDAÇÕES

Do ponto de vista da dinâmica dos serviços, as sugestões se direcionam no sentido de ressaltar:

- A necessidade de uma constante revisão do trabalho proposto no projeto de Hotelaria Hospitalar, de modo que possamos ter uma melhora contínua no que diz respeito aos serviços de saúde prestados aos usuários.

- Expandir o projeto de Hotelaria para outras unidades da SES, com acompanhamento da Assessoria de Humanização em conjunto com as Direções dos hospitais.

- Promover espaços colegiados e ampliados, com todas as coordenações e chefias, e a hotelaria, com reuniões periódicas, no intuito de enriquecer as discussões multiprofissionais que cercam os modelos de trabalho. Nestes espaços, as Direções, em conjunto com os demais setores do hospital possam coletivamente discutir, identificar problemas e apontar soluções para questões que

possam surgir. Para isso, seria necessário um investimento maior na cultura de reuniões interdisciplinares e uma implicação maior da Direção.

- Recomenda-se a participação mais ativa das Direções dos Hospitais, e de suas Direções Médicas e Administrativas no desenvolvimento e aprofundamento do projeto de hotelaria, de forma a impulsionar a adesão dos demais profissionais. Esta implicação é fundamental no sentido de incentivar inclusive maiores pesquisas relacionadas a este projeto.

- Promover capacitações para os profissionais de saúde, nos moldes de Educação Permanente, como orienta a PNH. Estas formações têm uma grande força no que concerne a problematização de questões e desafios referentes ao cotidiano dos serviços de saúde, onde trabalhadores podem debater as dificuldades com que deparam, refletir e propor soluções para as adversidades levantadas. Ademais, a partir destes espaços, é possível envolver os trabalhadores na implementação do projeto de hotelaria, a partir de uma sensibilização promovida pela reflexão de questões pertinentes.

A proposta da Política de Humanização no campo hospitalar é uma tarefa árdua, desafiante e nunca terminada, devido aos rápidos processos tecnológicos e das profundas mudanças culturais que acarreta. Quando proposta a criação de uma equipe de apoiadores da Política de Humanização na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro em 2007, enquanto aposta de mudança do modo de gestão e atenção por atores desse governo, o desafio principal posto era de enfrentamento e transformação da situação de cuidado existente nos Hospitais de Urgência e Emergência do Estado. A partir disso, baseadas no princípio da transversalidade, muitas foram as experiências na produção do cuidado junto aos espaços não só dos hospitais, mas também das maternidades, e da atenção básica. Em especial, sempre esteve posto o desafio da produção dos territórios colegiados de trocas e parcerias entre as equipes e equipamentos de saúde, construindo redes vivas de cuidado, integrando e produzindo redes voltadas, cada vez mais, para a garantia do cuidado centralizado no usuário.

REFERÊNCIAS

1. Taraboulsi FA. **Administração de Hotelaria Hospitalar**. 2ed. São Paulo: Atlas, 2003.

2. Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. **Crit Care**. 2013.;17(2):R71. Accessed in: 24/01/2015. Avaiable from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23591058>.

3. Assessoria de Humanização da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ. **I Seminário Estadual de Humanização do Rio de Janeiro**. [accessed in 20/12/2014], Avaiable from: <http://www.saude.rj.gov.br/comissoes-intergestores-regionais...>.

4. Boeger MA. **Gestão em hotelaria hospitalar**. 2ed. São Paulo: Atlas, 2005.

5. Pinochet LHC, Galvão CR. Aspectos humanos na gestão hospitalar. **O Mundo da Saúde**. 2010.; 34(4):498-507. [accessed in 20/12/2014]. Avaiable from: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/498a507.pdf.>.

6. Rosen G. **Uma História da Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

7. Ribeiro PH. **O Hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993

8. Foucault M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 3ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

9. Foucault M. **O Nascimento da Clínica.** 1ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1996.

10. Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. AIS (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ed. 2012.

11. Demo P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3ed. São Paulo: Atlas, 1995.

12. MINAYO, Maria Cecília de Souza ; DESLANDES, Suely Ferreira & GOMES, Romeu. **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade**. –30ª. Ed. - Petrópolis: Vozes, 2011.

13 Gil AC. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2008.

14. Flick U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Artmed, 2009.

15. Lüdke M, André MEDA. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986.

16. Berelson B. **Content Analysis in Communication Research**. New York: Hafner,1984.

17. Weber RP. **Basic Content Analysis**. 2ed. Newbury Park: Sage, 1990.

18. Bardin L. **Análise de Conteúdo**. 3ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

19. Kolbe RH, Burnett MS. Content-analysis research: an examination of applications with directions for improving research reliability an objectivity. **Journal of Consumer Research**. 1991.; 18, 2, 243-8.[accessed in 24/01/2015]. Avaiable from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000132&pid...>.

20. Creswell, JW. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

21. Triviños ANS. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

22. Fossá MIT. **Proposição de um Constructo para Análise da Cultura de Devoção nas Empresas Familiares e Visionárias**. Tese (Doutorado em Administração). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

23. Marconi MA, Lakatos EM. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2002.

24. World Health Organization (Who). **I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Accessed in: 12 /01/2015. Avaiable from: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

25. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). **Declaração de Alma-Ata**. Accessed in: 12/01/2015. Avaiable from: <www.opas.org.br.>.

26. Franco TB, Merhy EE. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In Pinheiro R. & Mattos RA. (orgs.) **Construção Social da Demand**a: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005. Accessed in 15/01/2015. Avaiable from: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/producao_imaginaria_da_demanda_tulio_franco_emerson_merhy.pdf>.

27. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**. 2003.;27(65). Accessed in: 15/01/2015. Avaiable from: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>.

28. Foucault M. **Microfísica do Poder**. 1ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

29. Cecílio, LCO, Merhy, EE. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R. et al. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003.

30. Luz, M.T. –Instituições Médicas no Brasil : Instituição e Estratégia da hegemonia, 3ª Ed. Rio de Janeiro. Graal, 1986

31. Hall, R.H. Organizações, Estrutura e Processo – Rio de Janeiro – Prentice Hall do Brasil, 1984

32 Nascimento A. **História da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Accessed in: 20/01/2015. Avaiable from:
< http://www.universidadesaudavel.com.br/IX%20CNS.pdf>.

33 Pasche DE, Passos E. **A Importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. Accessed in 18/01/2015. Avaiable from:
<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/18/30>.
Campos GWS. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
.

34. Campos GWS. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

35. Campos GWS. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

36. Santos DC, Superti L, Macedo M. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. **Boletim de Saúde**. 2002.; 16(2):30.

37. Campos GWS. **O anti-Taylor e o método Paideia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional**. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), 2000.

38. Onocko Campos RT. **O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

39. Barros MEB et al. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011.; 6(12): 4803-14. Accessed in 20/01/2015. Avaiable from:
< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300029&script=sci_arttext>.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: MS, 2004. Accessed in 20/01/2015. Avaiable from:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>.

41 Howard J, Strauss A. **Humanizing Health Car**e. New York: John Wiley & Sons, 1975.

42. Fortes PAC, Martins LC. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2000.; 53 (n.esp):31-9. [accessed in: 20/01/2015]. Avaiable from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672000000700005&script=sci_arttext>.

43. Faiman CS, Danesi D, Rios, IC, et al. Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais de saúde. **Mundo Saúde**. 2003.; 27(2): 254-7. [accessed in: 20/01/2015]. Avaiable from: <http://bases.bireme.br/cgi-... ah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction...>.

44. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2005.; 9 (17): 401-3. [accessed in: 20/01/2015]. Avaiable from: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf>

45. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um Seminário Dispositivo: a Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. 2009.; 13 (Sul1):493-503. [accessed in: 20/01/2015]. Avaiable from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500002...=sci_arttext.>.

46. Pashe DF. Humanizar a Formação para Humanizar o SUS. Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS: formação e intervenção**. Brasília: MS, 2010. [accessed in: 20/01/2015]. Avaiable from: <http://www.prosaude.org/noticias/PriSemProII/apresentacoes/apresentacao_PNH_Pro-saude.pdf>.

47. Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2010.; 63(1):141-4. [accessed in: 20/01/2015]. Avaiable from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100024>.

48. Pereira ADA et al. Atentando para as irregularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem (On line)**. 2010; 31(1):55-61. [accessed in: 21/01/2015]. Avaiable from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100008>.

49. Brasil. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Sérgio Arouca. Brasília de 7 a 11de dezembro de 2003. Brasília, 2004. [accessed in: 21/01/2015]. Avaiable from: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). **Cadernos HumanizaSUS**; v. 1. [accessed in: 20/01/2015]. Avaiable from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>.

51. Pessati MP, Carvalho SR. Intercessão arquitetura e saúde e um novo modo de produção do espaço físico na saúde. In: Carvalho SR, Barros ME, Ferigato S. (Org) **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. [accessed in: 21/01/2015]. Avaiable from: < http://saudecoletivaconexoes.blogspot.com.br/p/producoes.html>.

52. Beck CLC, Minuzi D. O Acolhimento como Proposta de Reorganização da Assistência à Saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**. 2008; 34a (1-2): 37-43. [accessed in: 20/01/2015]. Avaiable from: < cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/.../3948>.

53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. 1ed. 1reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.[accessed in 20/01/2015]. Avaiable from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificaao_risco_servico_urgencia.pdf.>

54. Guardini R. Ética do acolhimento. **Revista Thot**. 2002.; 77:63-9. [accessed in: 21/01/2015]. Avaiable from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>.

55. Malta DC, Merhy EE. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte 1993-1996. In Brasil. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: produção científica doutorado e mestrado.** 2002. [accessed in: 21/01/2015]. Avaiable from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-324374>.

56. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e Acolhimento aos Usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre. **Cadernos de Saúde Pública**. 2003.; 19 (1): 27-34. [accessed in: 21/01/2015]. Avaiable from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-...>.

57. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social : um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2010.; 15 (Supl.3):3615-24.[accessed in: 20/01/2015]. Avaiable from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232.>.

58 Cunha AG. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. 4ed. São Paulo: Lexikon, 2010.
59. Ferreira ABH. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3ed. São Paulo: Positivo, 2004.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Vilela MEA, Figueiredo VON. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 32 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Accessed in: 23/01/2015. Avaiable from: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAfDAAK/humaniza-direito-a-acompanhante>.

61. Lang C. **A Tradição da Hospitalidade, o Sacrifício e a Paternidade.** [accessed in 20/01/2015]. Avaiable from: <http://www3.est.edu.br/nepp/revista/003/03charles.htm>.

62. Fontes MPZ. **Humanização dos Espaços de Saúde: Contribuições para a Arquitetura na Avaliação da Qualidade do Atendimento**. Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em Arquitetura. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROARQ, 2007. [accessed in 21/01/2015]. Avaiable from:

<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=90011>.

63. Hanley JB1, Piazza J. A visit to the intensive cares unit: a family-centered culture change to facilitate pediatric visitation in an adult intensive care unit. **Crit Care Nurs Q**. 2012.;35(1):113-22. Accessed in: 24/01/2015. Avaiable from:
< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22157497>.

64. Riley BH, White Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. **Am J Crit Care**. 2014.;23(4):316-24. Accessed in: 24/01/2015. Avaiable from:
< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24986172>.

65. Carvalho ARS. et al. Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária. **2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Paraná**, Out. 2005.

66. Berwick D. **Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e de Saúde**. São Paulo: Makro, 1994.

67. Brasil. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. **Manual de padrões de acreditação hospitalar** / Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

68 Starfield B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. [accessed in: 21/01/2015]. Avaiable from:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>.
69. Channe DF. **Hotelaria Hospitalar: Investir para Sobrevive**r. [accessed in 24/01/2015]. Avaiable from:
<http://www.abifcc.org.br/oldnews/noti10012006.html>.

70. Santos BRL. **Educação, enfermagem e prática profissional com famílias: vivências de professores de um curso de graduação**. Tese (Doutorado). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1996.

71. Dio GSCZDi et al. Hotelaria Hopitalar: estratégia de diferenciação na busca da vantagem competitiva. In: Trigo LGG (editor); Netto AP, Carvalho MA, Pires PS (coeditores). **Análises regionais e globais do turismo brasileiro**. São Paulo: Roca, 2005.

72. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Pinheiro R, Mattos RA. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ/ Abrasco, 2003. [accessed in 21/01/2015]. Avaiable from: < http://www.corposem.org/rizoma/acolhiconversa.htm>.

73 Brasil, Ministério da Saúde, Portaria 1663 de 06 de agosto de 2012 - ***Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)***- Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html

74. Cunha GT, Campos GWS. Método Paideia para Cogestão de Coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**. 2010.; 11(1): 31-46. Accessed in: 20/01/2015. Avaiable from:
< http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/468>.

75 Campos GWS. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

76. Dias R, Pimenta MA. A gestão em hotelaria e o cliente. **Hotelnews**. 2005; 325:53. [accessed in: 24/01/2015]. Avaiable from:
< www.revistahotelnews.com.br/2009/pagina_revista_anos.php?ano=2005>.

77. Silva JV, Machado DR, Martins JCC, et al. Capacidades de Autocuidados e sua Relação com os Fatores Condicionantes Básicos: Um Estudo em Unidades Básicas de Saúde. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 2012.; 4(1): 185-99. [accessed in 24/01/2015]. Avaiable from:
< http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_016.pdf>.

78. Merhy EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

79. Capra F. **O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente**. 23ed. São Paulo: Cultrix Ltda, 2002.

80 Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In Pinheiro R, Mattos RA. (Org) **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

81. Mendes EV. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I e II**. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2001.

82. Brasil. **Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [accessed in 25/91/2015]. Avaiable from:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIBNOVEMBRO7REUNIAO/componentehospitalardeurgencia.pdf>.

83 Moura RA. **Kanban: a simplicidade do controle da produção**. 4ed. São Paulo: Imam, 1996.

84. Ohno T. **O sistema toyota de produção: além da produção em larga escala**.Porto Alegre: Bookman, 1997.

85. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2005; 10(3): 561-71. [accessed in in 20/12/2014]. Avaiable from:
< http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3>.

86. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2005; 9(17): 389-94.[accessed in 20/12/2014>. Avaiable from: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>.

87 Brasil, Ministério da Saúde , PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009 - Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Publicado em D.O.U 14/08/09 U

88 Brasil, Ministério da Saúde, Portaria 529/2013 , ***Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).***, Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

89 BRASIL, ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária Resolução nº 306 de 07/12/2004 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Publicado em D.O.U. 10/12/2004

90. Brasil, Casa Civil. Lei 8080 de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.