

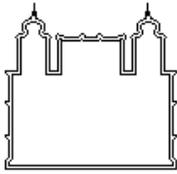
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



**HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE EM HOSPITAL
MUNICIPAL: ENTRE O IDEAL E O REAL**

Ana Paula Magalhães Gouvêa

Rio de Janeiro
Junho de 2009



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE EM HOSPITAL MUNICIPAL: ENTRE O IDEAL E O REAL

Ana Paula Magalhães Gouvêa

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências na área da Saúde Pública.

Orientadora: Vera Lúcia Luiza
Assistente de Orientação: Ângela Fernandes Esher Moritz

Rio de Janeiro
Junho de 2009

Ao meu marido (Rafael), meus pais (Paulo e Néa) e minha irmã (Ana Cláudia),
que estiveram presentes durante esta difícil trajetória, emanando amor e
apoio constantes.

Agradecimentos

Durante a caminhada deste trabalho, encontrei muitas pessoas que, de um modo ou outro, contribuíram para que eu chegasse ao final. A estes, quero demonstrar minha profunda gratidão.

À minha orientadora Vera Lúcia Luiza,

por abraçar e acreditar em minha proposta de estudo desde o primeiro momento.

À minha assistente de Orientação Ângela Fernandes Esher Moritz,

pelo incentivo, paciência e apoio em todas as horas.

À minha família,

pelo amor e confiança que sempre tiveram para comigo.

Às amigas Catarina, Flávia, Kátia e Milena,

pelo companheirismo e carinho que demonstraram durante todo o curso.

À todos os entrevistados,

por compartilharem suas vivências, anseios e dificuldades, relatos indispensáveis para a reflexão sobre a prática da humanização.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar as percepções de profissionais de saúde do município de Mesquita acerca da humanização em termos de mudanças em suas práticas de trabalho e de interação entre profissionais e usuários.

Empregou-se neste estudo a abordagem qualitativa, com base em entrevistas de 15 profissionais de um hospital, campo eleito pelo fato de se tratar de um espaço historicamente investido de iniciativas que tentam promover a humanização da saúde. Como procedimentos metodológicos, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e observação participante para a coleta de dados e a técnica de análise de conteúdo do material coletado.

Dentre os apontamentos deste trabalho estão a constatação de que a maioria dos profissionais de saúde não demonstrou deter grande conhecimento acerca das propostas de humanização. E que, muitas vezes, estas últimas são confundidas com acolhimento. Ficou evidente que a humanização para a grande maioria dos profissionais entrevistados é entendida como algo que depende da atuação do profissional e encontra-se altamente direcionado ao usuário. E ainda, que as ações pontuais e isoladas de outras estratégias assumem um caráter necessário, mas não suficiente à promoção da humanização.

Este trabalho mostrou, a partir das percepções dos profissionais de saúde, que o ideal recomendado pelas propostas do Ministério da Saúde não se encontra bem estruturado no real do campo estudado. Evidenciou também que há a necessidade de implementar dispositivos conjuntos para a efetivação da humanização, assim como fortalecimento das iniciativas em vigência, principalmente quanto à continuidade e sustentabilidade, para que estas não percam suas forças e se extenuem.

Este trabalho se encerra com a convicção de que o debate destas questões é de grande importância, já que tem repercussões diretas na qualidade do atendimento, das condições de trabalho e da dinâmica relacional em saúde.

Palavras-chave: Humanização, percepções, profissionais de saúde.

Abstract

This paper aims to examine the perceptions of health professionals in the city of Mesquita on humanization in terms of changes in their working practices and the interaction between professionals and users.

Employed in this study a qualitative approach, based on interviews of 15 professionals in a hospital, field elected because this is an area that historically have been investing in initiatives that seek to promote the humanization of health care. As methodological procedures were used semi-structured interviews and participative observation to collect data and the technique of content analysis of material collected.

The majority of health professionals have not hold much knowledge about the proposals for humanization. The concept is frequently confused with receptiveness. It was evident that the humanization is, to the vast majority of professionals interviewed, is perceived as something that depends on the performance of the professional and is highly targeted to the user. And also, that the stock off and isolated from other strategies take on a character necessary but not sufficient to promote the humanization.

This study showed from the perceptions of health professionals, that the ideal proposed by the Ministry of Health is not well structured in the real field of study. Showed that there is a need to implement combined strategies for the comprehensive achievement of humanization, as well as strengthening the initiatives in place, mainly concerning continuity and sustainability, in order not to lose their power, leaking away.

This paper concludes with the conviction that the discussion of these issues is of great importance, as it has direct impact on quality of care, working conditions and the dynamic relational health.

Keywords: Humanization, perceptions, health care professionals.

Sumário

Agradecimentos	4
Resumo.....	5
Abstract.....	6
Apresentação	8
Introdução	9
Objetivos.....	10
Objetivo Geral.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Pressuposto do estudo	10
Contexto do Estudo	11
Marco Teórico.....	13
Metodologia.....	19
Artigo: Humanização da saúde em hospital municipal: entre o ideal e o real	23
Introdução.....	23
Métodos.....	25
Resultados e Discussão	26
Sentidos atribuídos à humanização da saúde.	26
“Acolhimento como estratégia fundamental da humanização”.....	29
Benefícios para profissionais e usuários em decorrência da humanização	34
Entraves à prestação de um atendimento humanizado	36
Características fundamentais para o atendimento humanizado	43
Lições Aprendidas	47
Referências Bibliográficas	51
Considerações Finais.....	55
Referências Bibliográficas.....	57
Anexo 1 - Roteiro de Entrevista	62
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63
Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP	64

Apresentação

O presente texto contém a dissertação de mestrado intitulada “Humanização da saúde em hospital municipal: entre o ideal e o real”, apresentada em formato de artigo.

O despertar pela temática deste trabalho surgiu a partir dos contatos com a rede de saúde, como psicóloga, e também como moradora do município em questão. A partir de vivências e constatações sob estes dois papéis apresentou-se a seguinte questão: Como os profissionais de saúde apreendem e percebem a humanização da saúde em termos de mudanças em suas práticas de trabalho e de interação entre profissionais e usuários?

O documento se inicia com uma introdução onde se busca detalhar a revisão teórica que subsidiou o trabalho assim como a metodologia empregada. Nesta seção destinada à revisão teórica são apontadas as definições ou entendimentos sobre o termo humanização na literatura e também trabalhados pontos importantes da Política Nacional de Humanização - PNH. Apresenta-se ainda, os objetivos, gerais e específicos. Nesta seção as referências bibliográficas foram feitas no formato “autor-ano”, com a intenção de facilitar a análise pelos examinadores.

Os resultados são apresentados sob forma de artigo científico, presentemente formatado com base nas normas da revista Ciência e Saúde Coletiva. Nesta seção, as referências bibliográficas são apresentadas no formato indicado pela revista.

Para encerrar, são tecidas algumas considerações finais sobre todo o processo de desenvolvimento da dissertação.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das dificuldades encontradas em sua implementação e execução, é uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira em termos de políticas sociais. Institucionalizado na Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis 8080 e 8142, o SUS introduz uma concepção inovadora: Saúde como Direito, devendo esta ser garantida pelos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação Social. Desta forma, consolida-se no Brasil um sistema de saúde de caráter público, tendo como base a noção de saúde entrelaçada ao exercício da cidadania.

Mais do que apenas a gratuidade, almeja-se uma assistência de qualidade. Para tanto, além de um bom aparato tecnológico, a saúde requer dispositivos de cunho relacional que possam mediar encontros de subjetividades.

Sob esta perspectiva, surgem no Brasil o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN / 2000), o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH / 2001), e a Política Nacional de Humanização (PNH / 2004) que se propõem como estratégias para a organização e melhoria do sistema.

Segundo a PNH, considerada a mais abrangente das propostas do Ministério da Saúde, "... Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais." (Brasil/MS, 2004: 6).

O interesse por esta temática surgiu a partir dos contatos com a rede de saúde, como psicóloga, e também como moradora do município de Mesquita. Este município convive com importantes deficiências tanto em aspectos de estrutura quanto de processo de prestação de cuidados em saúde. A partir destas vivências e constatações apresentou-se a seguinte questão: Como os profissionais de saúde apreendem e percebem a humanização da saúde em termos de mudanças em suas práticas de trabalho e de interação entre profissionais e usuários?

Outro ponto que sustenta a relevância deste projeto encontra-se fundamentado na pequena produção de trabalhos que problematizem a PNH, não somente em termos

do constructo que nomeia a Política, mas também quanto a iniciativas de implementação da mesma.

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar as percepções de profissionais de saúde do município de Mesquita acerca da humanização em termos de mudanças em suas práticas de trabalho e de interação entre profissionais e usuários.

Objetivos Específicos

1. Descrever de forma detalhada as percepções dos profissionais entrevistados sobre a humanização;
2. Analisar e relacionar estas percepções ao entendimento expresso na PNH e trabalhos científicos que discutem o tema;
3. Contribuir para a ampliação do debate sobre a humanização da saúde.

Pressuposto do estudo

A Política Nacional de Humanização foi construída sobre sólida base conceitual, envolvendo em sua discussão atores com amplo conhecimento do sistema, resultando em proposta harmônica com os princípios do SUS. Pode, assim, ser tomada como marco teórico para o presente estudo.

Aplicada em sua totalidade, a PNH é capaz de promover melhorias na qualidade do atendimento e nas condições de trabalho, com repercussões nos aspectos técnicos do cuidado ademais dos humanísticos e sociais.

Contexto do Estudo

O campo eleito para este estudo foi o hospital municipal de Mesquita, pelo fato de se tratar de um espaço historicamente investido de iniciativas que tentam promover a humanização da saúde, a saber: PHPN (Brasil/MS, 2000), PNHAH (Brasil/MS, 2001) e PNH (Brasil/MS, 2004).

O hospital, campo deste estudo, é o único do serviço público no município. Presta serviços de pronto atendimento, pediatria, clínica médica e obstetrícia. Conta com 58 leitos e o centro obstétrico só realiza partos de baixo risco. Possui aproximadamente 500 funcionários e realiza em média 11.600 atendimentos mensais.

Mesquita é o município mais novo do Estado do Rio de Janeiro, emancipado de Nova Iguaçu após três plebiscitos – 1957, 1987 e 1995. O último foi marcado por uma batalha judicial que terminou em setembro de 1999 com a ascensão de Mesquita à categoria de cidade.

Mesquita faz parte da Região Metropolitana do Rio de Janeiro – RMRJ e como os demais municípios que a compõe, estruturou-se em torno do município central – a capital do Rio de Janeiro, cidade que apresenta uma economia mais dinâmica e onde se concentra a maior oferta de empregos. Esta realidade que leva o morador a buscar emprego fora dos limites do município.

O município possui 41,6 Km² sendo 27,47 Km² de área verde e 14,13 Km² de área urbana, tem 182.495 habitantes, com aproximadamente 100% da população residindo em área urbana. Seus limites geográficos são definidos entre os municípios de Nilópolis, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Belford Roxo e São João de Meriti. (Prefeitura Municipal de Mesquita, 2005).

Ainda segundo a Prefeitura (Prefeitura Municipal de Mesquita, 2007), o município apresenta índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,762, ocupando a 43^a posição no Estado. No entanto, não foi possível a localização destes dados no Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil do Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD). Sendo assim, é necessário trazermos outros dados para traçarmos o panorama do município, como: 6,75 de taxa de analfabetismo (CIDE, 2000); 7,2 de mortalidade (CIDE, 2004) e 5.824 de PIB *per capita* (IBGE, 2006).

O município possui em sua rede de saúde 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 14 Equipes de Saúde da Família; 2 Centros Municipais de Saúde; 1 Unidade Mista (ambulatório e urgência); 1 Policlínica de Especialidades; 1 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e 1 Centro de Apoio Psicossocial a Usuários de Substâncias Psicoativas (CAPSad); Serviço de Residência Terapêutica; 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 1 Farmácia Municipal; 1 Farmácia Popular e 1 Hospital Municipal. Menos de 6% dos estabelecimentos de saúde pertencem à iniciativa privada, o que configura uma rede de saúde majoritariamente pública (IBGE, 2005).

Em uma primeira aproximação com o campo de pesquisa, nota-se como um dos problemas do município é fixar profissionais, devido à precarização do vínculo empregatício, dos baixos salários e da falta de recursos e insumos. Esta dificuldade foi parcialmente resolvida com a realização do concurso público para diversos cargos. Outro sério problema é a dificuldade de ampliar, reformar e manter a rede física em grande parte das unidades de saúde, por serem instaladas em prédios alugados. Além disso, podemos citar como problema com forte impacto na qualidade da saúde da população: a garantia aos usuários da referência à média e alta complexidade no âmbito regional, ou seja, garantir a continuidade da assistência.

Ainda pode ser citada como empecilho ao processo de produção da saúde, a marcação / autorização centralizada dos exames, que faz com que os usuários tenham que se deslocar inúmeras vezes até a resolução do seu problema e o tempo de esperas nas filas para o atendimento.

Todos esses problemas dificultam a construção / organização de um sistema de saúde universal, equânime e resolutivo, onde esteja garantido o acesso aos serviços e ações de saúde, com um atendimento integral e de qualidade, efetivando o preceito constitucional do o direito à saúde.

Esse cenário mostra a necessidade da implantação de mudanças no processo de trabalho em saúde, de forma a atender às demandas da população usuária dos serviços, com expectativa de gerar impacto na produção do cuidado. Ou seja, é necessário que as mudanças no modelo assistencial se dêem não somente em nível de correções técnicas e administrativas, mas que visem à alteração do modo de produção da saúde.

Marco Teórico

Pensando nas mudanças tão necessárias à saúde de Mesquita, é que desponta a idéia de visualizar como as propostas de humanização estão permeando a engrenagem dos processos de saúde no hospital municipal.

Desta forma, surgem as primeiras inquietações acerca do tema: O que é a humanização? O que pretende um Programa ou Política com a temática da humanização? O ser humano está desumanizado? Como seria humanizar humanos?

O conceito de humanização possui um caráter polissêmico, ainda que seu núcleo esteja baseado na idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde (ONU, 1948). Este conceito é atravessado pela idéia de garantir à palavra a sua dignidade ética, isto é, não há humanização sem a dimensão comunicacional.

Para Sá (2005), mais do que sua “polissemia”, a questão principal com o conceito de humanização encontra-se na sua inadequação para designar o que pretende. Este conceito baseia-se no ideário de que o ser humano é essencialmente bom. Assim, basta educá-lo para o exercício desta bondade inerente para com o outro, lapidando o que já existe, em essência. Nesse sentido, as iniciativas voltadas para humanização da saúde se apoiaram em estratégias pedagógicas de capacitação ou sensibilização e de comunicação que auxiliem a manifestação desta bondade recíproca e natural, que embora sejam condições necessárias, não são suficientes se tomadas como iniciativas isoladas.

Casate e Corrêa (2005) indicam uma mudança no enfoque da humanização na produção científica. Entre as décadas de 50 a 80, os trabalhos demonstram uma visão caritativa, delineando o paciente como vulnerável e dependente, que desperta a piedade dos profissionais. Nesta perspectiva, são valorizadas características como doçura, compaixão e espírito de caridade. Já nos trabalhos dos anos 90, a concepção de humanização avança em direção à valorização dos sujeitos e de relações dialógicas. Sob este ponto de vista, a humanização é vista como um processo de melhoria na relação profissional-usuário, que implica em um desenvolvimento da cidadania.

Ainda neste segundo enfoque, Deslandes (2004) mostra que o termo “humanização” tem sido empregado na área de saúde para designar um amplo e complexo grupo de idéias, a saber: 1) oposição à violência - representa a substituição das formas de violência simbólica, por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, busca instituir uma nova cultura de atendimento. 2) capacidade de oferecer atendimento de qualidade, conjugando avanço tecnológico com o bom relacionamento; 3) melhoria das condições de trabalho do cuidador; 4) ampliação do processo comunicacional.

Estamos vivendo num período de profusão de publicações acadêmicas que tratam da questão da humanização em vários espaços, como hospital (Faquinello, Higarashi e Marcon, 2007), maternidade (Tornquist, 2003), unidade intensiva pediátrica (Pauli e Bouso, 2003), humanização da prática médica (Caprara e Franco, 1999) ou simplesmente humanização em saúde (Casate e Corrêa, 2005).

Minayo (2006) considera a humanização do setor saúde um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividades nas relações. A proposta deste trabalho perpassa pelo reconhecimento ou não desta mudança na produção do cuidado e do trabalho em saúde.

Em busca de um SUS mais humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva, em 2004 é formulada a Política Nacional de Humanização – PNH. A PNH propõe que o conceito de humanização permeie as práticas de saúde, promovendo assim um cuidado humanizado e integral às necessidades individuais e coletivas da população. Uma prática de saúde humanizada, entre outras coisas, favorece um atendimento que supre as diversas demandas do usuário, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento.

A humanização se define por: aumentar o grau de co-responsabilidade na produção da saúde dos diferentes atores que constituem a rede do SUS implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu

trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como gestores de seu processo de trabalho.

Benevides e Passos (2005a) trabalharam a questão da abrangência da humanização: não devendo a humanização ser tomada como um princípio, e sim como uma Política, isto porque sua efetividade não se configura como proposta geral e abstrata. Por outro lado, não basta defender o caráter específico e concreto das práticas de humanização, pois tratá-las em sua especificidade pode incorrer no risco de repetir a tendência, a focalização e isolamento das ações, como por exemplo, a separação entre a humanização do parto e a humanização das emergências.

Assim, entende-se a humanização como estratégia transversal de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (Brasil/MS, 2004). Humanizar em saúde significa resgatar o respeito à vida, tendo em vista as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Trata-se, então, de investir na construção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que fazem parte dos sistemas de saúde, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.

Impõe-se um imperativo: (re)pensar o conceito de humanização, distanciando o sentido instituído. Já que há implicação na construção de políticas públicas de saúde, persegue-se definições que auxiliem na alteração das práticas concretas dos serviços de saúde, buscando a melhoria da qualidade de vida dos usuários e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde. Trata-se de trabalhar com a noção de “conceito-experiência” que, ao mesmo tempo, descreve e produz a realidade (Benevides e Passos, 2005b).

A PNH é considerada a mais abrangente das propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde, por não se resumir ao ambiente hospitalar ou ao pré-natal e nascimento, além de se preocupar também com os profissionais de saúde e não somente com os usuários. Desta forma, é possível, por exemplo, pensar sobre como os profissionais lidam com as exigências e sofrimentos inerentes ao trabalho.

Esta Política (Brasil/MS, 2004) é norteada por vários princípios que podem ser abordados da seguinte forma:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo processos integradores e estimulando a responsabilização;
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos, tanto como usuários ou profissionais quanto como sujeitos co-responsáveis do processo de gestão.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e grupalidade;
4. Atuação de modo cooperativo em rede com alta conectividade;
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Ampliando a capilaridade do ideário da Humanização, promove-se uma nova cultura assistencial e de gestão. Para Baremblytt (2001), espera-se a melhoria no trato intersubjetivo, incentivo a colaboração transdisciplinar dos técnicos funcionários, assim como a organização para a participação efetiva dos usuários nos processos de cura e de sistematização da rede SUS.

Para alcançar os resultados esperados na PNH foram formulados dispositivos, ou seja, modos de fazer, os quais serão utilizados como eixos para a organização das dimensões no presente estudo (Brasil/MS, 2006a).

- Acolhimento com Classificação de Risco: O acolhimento diz respeito à recepção do usuário, desde o momento de sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (Brasil/MS, 2006b). Para Teixeira (2005), o acolhimento dialogado pressupõe três disposições: o reconhecimento do outro como legítimo, o reconhecimento de cada um como insuficiente e o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto de saberes presentes. E ainda, considera que o acolhimento não está aprisionado a um lugar na estrutura física do serviço de saúde, como a porta de entrada ou recepção. O acolhimento deve interconectar os mais diferentes

espaços de conversa. A Classificação de Risco diz respeito a uma mudança na lógica do atendimento, tendo como critério de priorização da atenção o agravo à saúde ou grau de sofrimento e não a ordem de chegada.

- Equipes de referência e de apoio matricial: Grupo que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes transdisciplinares, organizados em função dos objetivos ou missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço e se responsabilizando por estes.
- Projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva: Projetos voltados para indivíduos ou comunidades, considerando as necessidades ou demandas de saúde. Inclui a co-responsabilidade de usuário, gestor e equipes de saúde, e devem ser considerados, além de ações intersetoriais, a rede social da qual o usuário pertence.
- Projetos de construção coletiva da ambiência: Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Na saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, entre outros. Importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os profissionais e gestores. Destacam-se também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (Brasil/MS, 2006b).
- Colegiados de gestão: A gestão participativa refere-se à construção de espaços coletivos para a realização de análises de informações e tomadas de decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e os seus familiares, os profissionais e gestores dos serviços de saúde. A direção das unidades de saúde tem diretrizes que são apresentados para os colegiados como propostas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários e as equipes também têm propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. Busca elaborar o projeto de

ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: Gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação. Estes sistemas visam à aproximação entre gestores, profissionais de saúde e usuários, através da abertura de canais de comunicação.
- Projeto “Acolhendo os Familiares / Rede Social Participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e Envolvimento no Projeto Terapêutico. A visita aberta é o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso aos visitantes de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social, mantendo presente o projeto de vida do usuário.
- Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), Comunidade Ampliada de Pesquisa e Programas de qualidade de vida e saúde para os profissionais da saúde: Atua na relação da tríade trabalho-saúde, construindo meios que assegurem melhor qualidade de vida, evitando que o profissional adoença; tornando o local de trabalho mais interessante e humanizado tanto para a equipe de saúde quanto para os usuários; contribuindo para as relações de trabalho e a valorização do profissional. Como importância da realização do PFST, na visão dos profissionais, tem sido referida a busca pela satisfação do trabalhador, voltada para uma melhor qualidade de vida, a melhoria das condições e do processo de trabalho; a valorização dos profissionais de saúde; o fazer com que o trabalho seja também produção de criação e não apenas produção de repetição que contraria o processo vital. Assim, o trabalho se constitui como um fator de transformação social (Brasil/MS, 2006c).
- Grupo de Trabalho de Humanização: O GTH é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático que tem por finalidade empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos profissionais da saúde. Tem como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em

equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e a grupalidade; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais da saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade na qual está inserida.

Metodologia

Empregou-se neste estudo a abordagem qualitativa, sob o referencial metodológico da análise de conteúdo. Esta análise busca através de procedimentos sistemáticos fazer inferências de conhecimentos acerca do conteúdo das mensagens enunciadas.

A pesquisa qualitativa produz explicações contextuais, não se preocupando com generalizações. Ela diz respeito a estudos de significações, representações psíquicas ou sociais, simbolismos, significados, perspectivas, vivências, percepções, pontos de vista. Este tipo de estudo tem como temas principais adesão a tratamentos, estigmas, cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão / frente ao tratamento / frente às condições de trabalho (Turato, 2005).

Segundo Minayo (1995), a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, crenças, valores e atitudes, motivações, aspirações muito particular próprio das ciências sociais. Os instrumentos de trabalho de campo são: roteiro de entrevista, critérios para observação participante e itens para discussão de grupos focais.

Para Bardin (1977), a análise de conteúdo corresponde a “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens”. (Bardin apud Minayo, 1992: 199).

“... A outra função diz respeito à *descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos*, indo além das aparências do que está sendo comunicado.” (Gomes, 1995: 74 – grifo do autor).

A análise de conteúdo é dividida nas seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Gomes, 1995). A primeira etapa como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. A segunda etapa trabalha com a codificação dos dados. Na última etapa ocorre a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (Caregnato e Mutti, 2006).

De maneira geral, o termo Categoria diz respeito a um construto que abarca aspectos ou elementos com características comuns ou que se relacionam entre si. As categorias são utilizadas para estabelecer classificações e/ou agrupamentos (Gomes, 1995).

Da mesma forma que a abordagem qualitativa foi utilizada em outros estudos (Faquinello, Higarashi e Marcon; Castro e Clapis; Souza e Deslandes; e Goulart) com a finalidade de compreender fenômenos particulares, pretende-se, a partir da análise das percepções dos atores (profissionais de saúde), obter uma maior aproximação com os aspectos manifestos e latentes, sejam eles partes do discurso, entendimento ou expressões emocionais, de atores sociais em relação a sua experiência com o hospital.

“A pesquisa qualitativa não apóia se no critério numérico para garantir sua representatividade” (Deslandes, 1995:43). Este pressuposto básico da representatividade dirige o pesquisador à busca por casos exemplares que possam ser reveladores da cultura em que estão inseridos (Goldenberg, 1997).

Na perspectiva qualitativa as amostras são intencionais, para tanto é necessário (Minayo, 1994):

- Privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer;
- Considerar um número suficiente para permitir uma reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares;

- Eleger um conjunto de informantes que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças.

Quando há dificuldade para definir o tamanho da amostra, realizar-se-á a inclusão progressiva dos sujeitos até que seja atingido o nível de saturação. A amostragem por saturação é uma ferramenta que atua mediante a suspensão da inclusão de novos participantes na pesquisa. É utilizada quando as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido. Ou seja, quando há a confiança empírica de que a categoria já está saturada. A saturação amostral é determinada, logicamente, sempre *a posteriori*, embora possa ser prevista no desenho da pesquisa. Ou seja, trata-se de um juízo consciente do pesquisador (Fontanella, Ricas e Turato, 2008).

Para coleta de dados, utilizou-se as técnicas de observação participante e entrevistas semi-estruturadas. A observação participante diz respeito ao ato de observar sistematicamente, destacando características de um fenômeno específico, ou seja, a convivência do pesquisador com o grupo estudado gera condições privilegiadas para que se tenha acesso aos níveis profundos da interação cotidiana. As observações foram realizadas durante quatro meses. Todo este registro condensou-se em um diário de campo onde se pretendeu explorar: processo de trabalho no hospital, expressões de satisfação ou insatisfação com o trabalho e ações consideradas como de humanização.

As entrevistas foram realizadas no próprio hospital e formam um total de 15, número suficiente para permitir uma reincidência das informações. Os sujeitos foram intencionalmente escolhidos, foram utilizados os seguintes critérios: 1) Ser profissional de saúde lotado no hospital municipal e mostrar interesse e disponibilidade em participar de tal pesquisa. 2) Trabalhar no hospital há mais de um ano, período no qual iniciaram-se as ações voltadas para humanização de modo mais efetivo no município.

Este último critério foi utilizado como de exclusão, já que havia um grande número de sujeitos com menos de um ano de trabalho no hospital. Estes não participaram da pesquisa, pelo fato de não possuírem parâmetros anteriores para comparar as possíveis alterações provocadas por iniciativas de humanização no hospital.

Desta forma, constitui-se um grupo de profissionais composto por quatro médicos, quatro enfermeiros, um fisioterapeuta, um nutricionista, um assistente social, três técnicos de enfermagem e um recepcionista. Doze dos profissionais possuem nível superior e serão identificados por NS, já os três de nível médio receberão a denominação de NM.

Segue abaixo um quadro com o perfil dos entrevistados:

Entrevistado	Sexo	Idade	Tempo de Formação	Gestor
NM1	F	46	19 anos	Não
NM2	F	38	15 anos	Não
NM3	F	37	10 anos	Não
NS1	F	26	4 anos	Não
NS2	F	48	22 anos	Não
NS3	F	35	6 anos	Não
NS4	F	29	4 anos	Não
NS5	M	41	8 anos	Sim
NS6	F	33	8 anos	Não
NS7	F	33	3 anos	Não
NS8	M	37	6 anos	Sim
NS9	F	28	3 anos	Sim
NS10	F	48	2 anos	Não
NS11	F	27	2 anos	Não
NS12	M	42	8 anos	Sim

As entrevistas foram gravadas e norteadas por um roteiro que abordou as seguintes temáticas: os sentidos atribuídos à humanização da saúde e ao atendimento humanizado, a possível alteração no processo de trabalho após o contato com o tema da humanização; análise dos profissionais sobre as principais facilidades ou dificuldades encontradas no processo de trabalho para um atendimento humanizado; os benefícios decorrentes da humanização da saúde para profissionais e usuários; avaliação do profissional acerca do seu trabalho quanto à prestação de uma assistência humanizada ou não, seguida de relato de casos ilustrativos.

Este trabalho tomou todos os cuidados éticos orientados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, a saber: Foi garantido o sigilo das informações fornecidas pelos profissionais do hospital, assim como o anonimato dos mesmos, por meio da substituição de nomes. Todos os

participantes foram informados dos riscos e benefícios do estudo. Os participantes também foram informados acerca da gravação em áudio das respostas fornecidas.

Os sentidos atribuídos à humanização foram definidos a partir da análise de conteúdo temática das entrevistas, por meio de categorização. As transcrições foram lidas de forma independente pela autora e assistente de orientação que depois se reuniram e estabeleceram um consenso das categorias.

Para a análise foram considerados os seguintes eixos temáticos: os sentidos atribuídos à humanização da saúde, o acolhimento como estratégia fundamental da humanização, os benefícios decorrentes da humanização para profissionais e usuários, entraves à prestação de um atendimento humanizado, características fundamentais para o atendimento humanizado.

Artigo: Humanização da saúde em hospital municipal: entre o ideal e o real

Introdução

Almejando uma saúde pública que oferecesse qualidade em sua assistência e acesso, sem restrições a qualquer parcela da população, em 1988 a Constituição Brasileira apresenta o Sistema Único de Saúde – SUS. Essa estratégia de reestruturação do cuidado à saúde determina como algumas de suas diretrizes, a descentralização e os pressupostos de universalidade, integralidade e participação comunitária.

Em busca de uma assistência em saúde de qualidade a qual se associam aparatos tecnológicos e relacionais foram elaboradas propostas que incluíssem a noção de humanização, a saber: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)¹, Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)², e Política Nacional de Humanização (PNH)³.

A PNH pode, então, ser considerada como a mais abrangente das propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde, uma vez que não se resume ao ambiente hospitalar ou ao pré-natal e nascimento, além de se preocupar também com os profissionais de saúde e não somente com os usuários. A PNH³ postula que "... Humanizar é, então, ofertar atendimento de

qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais." (p.6)

O conceito de humanização possui um caráter polissêmico e pode ser entendido de diversas maneiras, como resgate da humanidade do atendimento em oposição à violência; oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento; humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador e ampliação do processo comunicacional⁴.

O interesse por esta temática surgiu a partir dos contatos da autora principal com a rede de saúde, como psicóloga, e também como moradora de um município da Baixada Fluminense. A partir destas vivências e constatações apresentou-se a seguinte questão: Como os profissionais de saúde apreendem e percebem a humanização da saúde em termos de mudanças em suas práticas de trabalho e de interação entre profissionais e usuários?

O campo eleito para este estudo foi um hospital de um município de médio porte da Baixada Fluminense, pelo fato de se tratar de um espaço historicamente investido de iniciativas que tentam promover a humanização da saúde.

Em 2007, a fim de implementar estratégias para humanizar o hospital, foi iniciada a execução de palestras de sensibilização para os profissionais do hospital, principalmente no que tange ao acolhimento e classificação de riscos. Realizaram-se também alguns encontros de um grupo de trabalho (GTH) para pensar sobre a humanização no hospital. Segundo a coordenadora das iniciativas, emergiram imperativos que impossibilitaram a plena execução destes trabalhos, como outras capacitações e demissões.

O hospital presta serviços de pronto atendimento, pediatria, clínica médica e obstetrícia. Conta com 58 leitos e o centro obstétrico só realiza partos de baixo risco. Possui aproximadamente 500 funcionários e realiza em média 11.600 atendimentos mensais. O município possui cerca de 185.000 habitantes. Outros dados ajudam a traçar o panorama do município, como: 6,75 de taxa de analfabetismo⁵; 7,2 de mortalidade⁶ e 5.824 de PIB *per capita* ⁷(IBGE, 2006).

Métodos

A abordagem utilizada nesta pesquisa foi qualitativa com base nas entrevistas de profissionais de um hospital da Baixada Fluminense. Como procedimentos metodológicos, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e observação participante para a coleta de dados e a técnica de análise de conteúdo do material coletado. As entrevistas realizadas foram gravadas e transcritas integralmente.

As entrevistas foram realizadas no próprio hospital e formam um total de 15, número que foi capaz de permitir reincidência das informações. Os sujeitos foram intencionalmente escolhidos, utilizando-se os seguintes critérios: 1) Ser profissional de saúde lotado no hospital municipal e mostrar interesse e disponibilidade em participar de tal pesquisa 2) Trabalhar no hospital há mais de um ano, período no qual iniciaram-se as ações voltadas para humanização de modo mais efetivo no município.

Desta forma, constitui-se um grupo de profissionais composto por quatro médicos, quatro enfermeiros, um fisioterapeuta, uma nutricionista, uma assistente social, três técnicos de enfermagem e uma recepcionista. Doze dos profissionais possuem nível superior e serão identificados por NS, já os três de nível médio receberão a denominação de NM. Quatro desses profissionais tinham cargo de gestão, três deles de gestão intermediária e um deles da gestão superior.

Este trabalho cumpriu os procedimentos éticos orientados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, a saber: Foi garantido o sigilo das informações fornecidas pelos profissionais do hospital, assim como o anonimato dos mesmos e do município. Todos os participantes foram informados dos riscos e benefícios do estudo. Os participantes também foram informados acerca da gravação em áudio das respostas fornecidas e a participação na pesquisa se deu após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os sentidos atribuídos à humanização foram definidos a partir da análise de conteúdo temática das entrevistas, por meio de categorização. As transcrições foram lidas de forma independente pela autora e assistente de orientação que depois se reuniram e estabeleceram um consenso das categorias.

Para a análise foram considerados os seguintes eixos temáticos: sentidos atribuídos à humanização da saúde; “acolhimento como estratégia fundamental da humanização”; benefícios decorrentes da humanização para profissionais e usuários; entraves à prestação de um atendimento humanizado; características fundamentais para o atendimento humanizado.

Resultados e Discussão

Sentidos atribuídos à humanização da saúde.

Este eixo temático explicita a diversidade de sentidos que enreda o termo humanização. Ficou claro que apesar da maioria dos profissionais não conhecerem a temática da humanização de uma maneira ampla, todos têm algum sentido associado à mesma.

Para melhor apresentarmos a fala dos sujeitos entrevistados destacamos duas categorias: a) Recepção empática e respeitosa do usuário e b) Resolver as queixas, tendo em vista uma visão de ampliada do cuidado.

(a) Recepção empática e respeitosa do usuário

A humanização foi concebida por alguns entrevistados como a capacidade de receber bem o usuário, colocando-se no lugar dele, compreendendo e respeitando seu ponto de vista, sem fazer julgamentos.

“Eu acho que cuidar do paciente é dar atenção... é dar atenção direta tanto ao paciente, quanto ao acompanhante.” (NM3)

“A gente como profissional tem que atender bem o paciente, se colocar no lugar dele, como uma empatia. Tentar tratar ele como paciente diferente do que a gente vê, é respeitar... e pensar sempre assim: e se fosse eu que estivesse ali? E se fosse meu pai, minha mãe, meu filho?” (NS3)

(b) Resolver as queixas, tendo em vista uma visão de ampliada do cuidado

Alguns entrevistados definiram a humanização como a capacidade de resolver as queixas, considerando o usuário como um todo.

“Eu entendo que... o usuário do SUS... a gente tem que tentar preencher o bem-estar dele global. A gente tem que tentar acolher melhor possível esse paciente e viabilizar da melhor forma as necessidades que ele tenha junto à área de saúde.” (NS6)

“Tratar o melhor possível os usuários e acolher melhor os usuários do SUS. É você escutar as necessidades do paciente, é você ter tempo e se dar ao paciente e tentar resolver completamente as necessidades dele.” (NS5)

Um dos entrevistados contemplou todas estas categorias em sua concepção de humanização referenciada aos usuários. Assim, aposta em uma visão mais ampliada, levando em consideração a identidade do usuário. Foucault⁸ revela que a reorganização do hospital ocorreu a partir da disciplina, que implica na vigilância constante e no registro contínuo para o domínio do saber e que o exame permite classificar e localizar os indivíduos. Muitas vezes, este tipo de tratamento implica em uma despersonalização dos usuários, que são vistos como um como um grupo assujeitado ou apenas um número.

“E a forma do profissional porque eles acham que humanizar é tratar assim: ‘Oh, meu bem, como você está?’ ‘Oh, neném...’ Paciente não deve ser tratado pelo número, paciente não tem número, é nome. ‘Senhor Osvaldo, como o senhor está?’ E não é assim, o paciente está lá. ‘Mas, você sabe o nome do paciente?’ - Não sei. ‘Como você punctionou a veia e não sabe o nome da paciente?’ Então, é ter o cuidado. Na hora que você vai prestar assistência, você precisa chamar o paciente pelo nome. Não é ter pena, é tratá-lo com respeito e tentar se colocar no lugar dele. Humanização não é você dá beijinho no paciente ou abraçar o paciente. Humanização é você respeitar o paciente, é você ter as políticas públicas dentro do município, é você dar resposta a queixa do paciente... E o que eu entendo da humanização é isso: você tratar o usuário que vem em busca do atendimento você tratá-lo com respeito, ter um atendimento de qualidade. Ele já sair com o agendamento da consulta, ter seus exames o mais rápido possível.”
(NS2)

Em caso de internação isto se torna mais evidente há também perdas como o afastamento da família, dos amigos, do trabalho e do lazer. A partir da internação, sua rotina sofre uma brusca alteração, deve seguir horários rígidos, passar por um estado de privação e isolamento⁹.

As categorias citadas acima podem ser tomadas dentro das temáticas incluídas na literatura^{3 10 11} como receptividade, continuidade, eficácia, dignidade, comunicação, autonomia, ambiência.

Podemos associar a noção de receptividade às dimensões de continuidade e eficácia, já que receptividade significa que desde a chegada do usuário, o profissional deve se responsabilizar integralmente por ele.¹²

A idéia de integralidade da assistência é revisitada pela de continuidade, tendo em vista que a primeira é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema ¹³.

A dimensão da dignidade remete a ser tratado com respeito e consideração, ser bem recebido nas unidades de saúde, tratado respeitosamente em qualquer circunstância. Ser examinado e tratado tendo a privacidade e o direito de sigilo das informações sobre sua doença respeitados¹¹.

“É que o paciente era visto como uma doença e não uma pessoa. E a Política de Humanização pede muito isso: o tratamento do paciente como pessoa, mais humano mesmo.” (NS4)

Soma-se à dimensão da dignidade, a noção de comunicação que prevê que todos os usuários saberão quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e que as unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários. E ainda, ao entendimento de autonomia, em que todo o usuário tem direito à informação sobre as alternativas de tratamento e a tomar decisões quanto a elas, depois de discutir com o profissional de saúde, devendo ser encorajado a questionar e respeitado em seu direito de recusar o tratamento¹¹.

“Você proceder melhor com os pacientes, de tratar melhor os pacientes, dos direitos do pacientes. Eu vou a todos os quartos e me apresento. Sempre informo sobre as medicações. Antigamente, tinha umas histórias assim, o paciente perguntava: quanto está a minha pressão. E você nem falava. Agora não, você tem que passar para o doente também, porque é um direito dele.” (NM2)

“Então, o que seria essa humanização: você cuidar, dar uma assistência melhor, dá uma atenção melhor, falar, explicar para população o que se deve fazer, que tipo de procedimento eles podem tomar, o local que eles podem estar procurando para se cuidar, se tratar, dependendo do agravo da situação que chega até a gente.” (NS9)

A ambiência também é percebida como fator importante para a humanização. Por ambiência entende-se: o meio no qual o cuidado de saúde é provido deve incluir vizinhança e arredores limpos, mobília adequada, comida saudável e de boa procedência, ventilação suficiente, água limpa, banheiros e roupas limpos¹⁴. Devem ser realizados procedimentos regulares de limpeza e manutenção da edificação e alicerces do hospital. Esta também foi

tratada na PNH como espaço físico entendido como espaço profissional e de relações interpessoais que deve ofertar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando elementos que interferem na relação homem-espaço³.

“Que na verdade, o cuidado não é só o bem-estar do paciente, mas que eu tenho que me preocupar com o bem-estar do serviço como um todo, preparar um bom lugar de trabalho para todos. Quer dizer: um ambiente para aquele paciente e um ambiente bom para a equipe que trabalha.” (NS6)

“Acolhimento como estratégia fundamental da humanização”.

O acolhimento foi considerado pelos entrevistados a principal estratégia da humanização ou, conforme visto no eixo temático tratado acima, ele foi confundido com o conceito de humanização. Dentro da proposta da PNH, o acolhimento com classificação de risco deve ser realizado por profissionais de enfermagem de nível superior¹⁵. Na unidade de saúde em questão é realizado por profissionais de nível médio e superior em enfermagem.

A maioria dos profissionais tendeu a reduzir o acolhimento à classificação de riscos. Desta forma, não conseguiram perceber que são dispositivos da humanização e podem sim estar associados, mas não se equivalem. Isto porque o acolhimento não está encarcerado em um lugar na estrutura física, como a porta de entrada ou recepção, mas sim se encontra dissolvido por todos os espaços do serviço de saúde¹⁶.

“A função do acolhimento é ver realmente quem está necessitando da consulta e quem não está. Porque tem pessoas que vem com a unha encravada desde a semana passada. Isso é emergência? Isso em qualquer posto pode ser resolvido. Como por exemplo, eu estou com tosse, com dor de cabeça há tantos dias.” (NM1)

“Antigamente, na outra gestão, o paciente chegava aqui no hospital e ele esperava muito para o primeiro atendimento. Agora não, o primeiro atendimento já é na porta de entrada. Hoje ele é bem recebido por uma pessoa que está ali para isso... fazer o que? - Verificação de pressão, fazer uma anamnese que esta pessoa está qualificada para fazer, para depois passar para o médico.” (NS5)

Alguns profissionais que demonstraram uma percepção bem abrangente e convergente com a proposta da PNH.

“Eles queriam que, na verdade, não fosse uma triagem, e sim um acolhimento. E tentar explicar para a população das necessidades: o que seria um ambulatório, uma emergência, onde eles podiam procurar o que é num posto de saúde... Porque assim, humanizar realmente, por que... as pessoas são realmente leigas. Não sabem nada, na verdade, sabem muito pouco do serviço. Não sabem procurar um posto, não sabem onde procurar um atendimento melhorado. Então, as pessoas ficam muito perdidas nessas situações. Então, o que eles estavam querendo fazer com a humanização: trazer mais a população, trazer mais as pessoas para perto da gente, para gente cuidar, para que elas fossem realmente cuidadas.” (NS9)

Outros, no entanto, relacionaram o dispositivo de acolhimento com a classe sócio-econômica dos usuários atendidos.

“O que ficou para mim foi realmente o acolhimento, porque no SUS você lida com pessoas de total carência, desprovida de tudo, é a maioria dos usuários. Então, assim o que eu aprendi com as palestras foi isso, que você tem que tirar lá de dentro de você paciência, saber passar as informações, acolher ao máximo o usuário.” (NM1)

“Você explicando bem... como eu posso falar... você dando uma orientaçãozinha para ele bem melhor, ele saiu daqui feliz. Então, você já trouxe um benefício muito maior. São pessoas assim, que não têm informação nenhuma.” (NS9)

Todos os usuários e seus familiares têm direito de receber informações claras sobre o estado de saúde¹². Mas, somente uma “orientaçãozinha” não caracteriza um atendimento humanizado.

Os profissionais se dividem quanto às opiniões acerca do *modus operandi* do acolhimento no hospital. Uns avaliam de forma positiva, outros acreditam que, da forma como está funcionando, o acolhimento poderia até ser extinto, por se tratar de uma mera triagem e acabar criando conflitos entre profissionais e usuários, já que muitos destes querem falar diretamente com o médico. Isto ocorre pelo identificação da figura do médico como alguém que irá resolver o problema, ou melhor, alguém que trará a cura ou a minimização do sofrimento.

“A gente procura deixar o máximo a paciente à vontade. Só que aqui o hospital ainda é limitado com respeito a isso. Mas acho que o principal mesmo seria: a

entrada da paciente, no caso, ela ter um acolhimento ideal, uma porta de entrada com acolhimento. Não é chegar e ‘Ah, o que a senhora está sentindo?’ ‘-Estou sentindo dor’. E medir a pressão. Isso a gente faz. Então, para fazer isso não precisa de acolhimento. E é isso que está acontecendo.” (NS8)

“Algumas pessoas chegam sentindo dor ou agressivas e nem querem saber do que você está dizendo, querem falar com o médico. Então, aquela coisa de receber e conversar, quando a pessoa está sentindo dor, é uma aproximação forçada, pois a pessoa quer o atendimento rápido” (NS1)

“Já foi tentado fazer acolhimento aqui no hospital, só que de uma maneira errada, pegaram técnico de enfermagem sem preparo nenhum e botaram lá em baixo para aferir pressão. Isso não é acolhimento, isso não é humanização, não é nada. A única coisa foi alguém na porta de entrada do hospital para achar que está fazendo acolhimento. No máximo isso ali, se é que dá para gente chamar de triagem. Eu não concordo porque não funciona. Porque o que acontece: o paciente fica mais irritado, porque ele espera um tempo para poder passar por um técnico de enfermagem que não sabe dá informação nenhuma, verifica a pressão dele, ele está com a pressão alta, passa na frente do outro; se a pressão estiver normal ele fica esperando.” (NS12)

“O que não dá é colocar o acolhimento, sem ter médicos. Algumas pessoas querem até bater na gente.” (NS1)

“A forma de acolher as pessoas. Assim, em parte foi legal. Elas gostam. Tem gente que já não gosta. Ai fala: ‘vou ter que falar tudo de novo?’ Tem outras que não, vão numa boa.” (NS11)

“Desde a recepção, que é o primeiro contato da paciente, até chegar ao plantonista, até chegar no médico, que é quem vai atender, que vai carimbar e que é responsável por aquela paciente. Não é a recepção, não é a técnica de enfermagem, não é a auxiliar, nem a enfermeira, o responsável é o médico.” (NS8)

Entende-se acolhimento como um modo de cuidado contrário à noção de ‘anestesia’ da escuta e produção de indiferença diante do outro. Desta forma, o acolhimento como ato ou resultado de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com e/ou perto”, ou seja, uma atitude de inclusão¹⁷. O acolhimento compreende a recepção do usuário, desde o

momento de sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva ou se necessário, a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência¹⁸.

A noção de classificação de riscos prevê a o grau de agilidade necessário para o atendimento, sob a perspectiva de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade ou sofrimento do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada¹⁵. Demanda ainda uma estrutura física compatível, organizada de acordo com os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. As unidades de saúde devem ser acessíveis, levando em conta a distância e o transporte. Os usuários devem conseguir cuidado rápido em emergências e o tempo de espera por consultas e tratamento deve ser curto.

Assim, o acolhimento com classificação de riscos não pode ser reduzido a uma triagem, já que este pressupõe a oferta de um atendimento com responsabilização e resolutividade, orientando o usuário e seus familiares quanto aos atendimentos ou encaminhamentos realizados, assim como realizando articulações com outros serviços, a fim de garantir a continuidade da assistência em saúde.

Frente à necessidade de se pensar as práticas de saúde, torna-se necessário formular estratégias que questionem e favoreçam as relações interpessoais, o acolhimento e o cuidado nas práticas de assistência. Essas estratégias devem incluir no campo de discussão não só os profissionais de saúde, mas também os usuários. Merhy¹⁹ também enfatiza a importância do cuidado na assistência como forma de alcançar a cura e a saúde pretendidas.

Ayres²⁰ aponta a importância do cuidar nas práticas de saúde, através do desenvolvimento de atitudes e espaços de legítimo encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados em tecnologia, mas sem deixar que a ação em saúde se resuma a ela.

Repensar a produção do cuidado é operar uma engrenagem fundamental para a assistência em saúde. Dessa forma, urge a necessidade de se questionar sobre como o ato de cuidar é estabelecido nas práticas que se ocupam da assistência aos usuários do sistema. Estabelecer uma estrutura de cuidado em saúde que crie vínculos de confiança e de escuta entre usuários e profissionais, é um dos caminhos que se deve percorrer para alcançar uma saúde pública que ofereça à população o que ela necessita.

O processo de humanização depende de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, ao aumento da desalienação e à alteração do trabalho em processo prazeroso e inventivo, configurando assim, um caminho forte para se construir um novo modo de convivência²¹.

Os profissionais entrevistados relataram mudanças positivas no funcionamento do acolhimento em relação ao início de sua implantação na unidade, ainda que o conceito apareça enleado com o de classificação de riscos.

“Antigamente não existia... Assim, o acolhimento atendia todas as especialidades que existem aqui: obstetrícia, clínica médica e pediatria. E isso foi revisto, Agora o acolhimento só atende a clínica médica. Porque não existe uma triagem de pediatria. Todas as crianças que chegam aqui elas têm que ser atendidas, porque você não sabe o que a criança tem. Todas as gestantes têm que ser atendidas. Você não sabe o que está acontecendo com ela. Então, se focou mais para o acolhimento adulto na clínica médica. Então assim, o atendimento do hospital melhorou 100%. As pessoas não ficam mais que 5 minutos lá fora. (NS9)

Houve também sinalização de problemas com o acolhimento, como a falta de profissionais capacitados.

“É uma pessoa só para atender todo mundo, entendeu? Não tem duas enfermeiras ou dois técnicos de enfermagem. É um só para verificar a pressão, ver o que está acontecendo e encaminhar para o médico.” (NS9)

Um dos entrevistados verbalizou sua insatisfação quanto à redução de sua autonomia durante os atendimentos. Em geral, a autonomia é característica do trabalho do médico, enquanto que os outros profissionais permanecem na periferia do atendimento, vistos como coadjuvantes.^{22 23} A divisão do trabalho parece não ser algo consensual e claro, o que gera desconforto e desagrado.

“A gente verificava pressão... tinha mais autonomia podia fazer encaminhamento. Agora, só pode encaminhamento feito pelo médico. Porque assim, se eles não vão à emergência, eles tem que ter um encaminhamento para o ambulatório para eles irem. E a gente podia dar o encaminhamento, o enfermeiro. Era assim, e agora não, o encaminhamento sai do médico. A gente verifica a pressão, emergências a gente passa a frente. É tipo um controle ali.” (NS11)

“É verdade, porque está complicado, tem os conflitos... então sempre tem aquela disputa. Se todo mundo trabalhasse junto e fosse unido, chegasse num objetivo comum, as coisas iriam andar melhor, caminhar de uma forma mais fácil. Só que não é assim, um quer, o outro não quer, um quer prejudicar o outro, aí começa aquele problema e nunca chega nesse objetivo que você está citando. Se tudo funcionasse, seria bom para o funcionário, para o acompanhante, seria muito bom para o paciente. É claro, cada um respeitando o seu espaço. Porque aí entra isso que eu falei agora: às vezes, um médico atende, aí chega uma enfermeira, que às vezes, tem um recalque, quer passar por cima do médico, desrespeita o profissional, aí começa esse tipo de problema. Cada um tem respeitar o seu espaço. O médico é o médico, ele sabe a responsabilidade dele, a enfermagem tem seu papel, entendeu? A recepção também tem o seu papel. Então, cada um tem que ter o seu papel. Se tudo funcionasse bem, eu acho que tudo fluiria melhor.” (NS8)

Benefícios para profissionais e usuários em decorrência da humanização

Os benefícios citados foram: segurança e/ou confiança no profissional e no atendimento prestado, satisfação do usuário, alteração na imagem do hospital, redução do tempo de espera e atendimento de qualidade.

No início, os sujeitos da pesquisa falavam prioritariamente dos benefícios da humanização voltados para o usuário. No entanto, quando a pesquisadora os estimulava apresentando características da PNH, os participantes resgatavam aspectos relacionados ao processo de trabalho cotidiano. Nos eixos temáticos seguintes essa questão aparecerá de forma mais explícita.

“A segurança, não é?! A segurança de você poder ter uma enfermeira ou técnica de enfermagem que vai responder as perguntas dele. Eu chego e me identifico, ele já sabe quem sou eu. E isso traz segurança para o paciente e para o acompanhante. Muitas vezes, o acompanhante tem até medo de deixar o paciente sozinho, porque aplicou uma injeção e morreu. Muitas vezes, eles querem ficar. Pode ser o pai ou a mãe. Então, você passando estas informações para o paciente: o seu nome, falando da medicação, procurando saber o que ele está sentindo no momento, levando o médico, não é... chamando o médico na hora que

o paciente está precisando. Eu acho que é uma segurança total que o paciente tem.” (NM3)

A segurança mencionada está também relacionada à noção de apoio social. Este apoio social se concretiza na permissão de visitas de parentes e amigos aos pacientes internos, fornecimento de comida e outros artigos não providos pelo hospital; permissão de práticas religiosas não prejudiciais às atividades do hospital e que não firam a sensibilidade de outros indivíduos; acesso a rádios, jornais ou algum outro material de leitura, algum tipo de apoio para os pacientes terminais e no pós-hospitalar¹¹.

Ainda no que se refere aos benefícios, foram citados: alteração na imagem do hospital, redução do tempo de espera e um atendimento de qualidade.

“O fluxo do hospital aumentou muito devido a esse bom atendimento. Hoje em dia, eu como morador e moro a 500 metros do hospital, eu vejo as pessoas falarem: vamos à emergência do XXX, porque lá a gente está tendo um bom atendimento. Coisa que antigamente não acontecia, vamos para outro município porque o atendimento era melhor.” (NS5)

“Houve o aumento da satisfação, diminuição do tempo de espera. As pessoas que vão ser atendidas estão mais confiantes no trabalho, agora alguém escuta e atende.” (NS1)

“Para o usuário, seria ele ter um atendimento de qualidade, ter resposta no seu atendimento, ter material quando precisar aferir a pressão, ter medicação. Ele já sair com o agendamento da consulta, ter os exames dentro de um período curto, não em quatro ou cinco meses.” (NS2)

Foi perguntado aos profissionais se eles observaram iniciativas para auxiliar a humanização do hospital. Algumas experiências que trataram de mudanças na estrutura e na organização do serviço foram consideradas como exitosas pelos entrevistados:

“Uma coisa que a gente fez foi uma proposta de fazer humanização pelo menos com o idoso. Todo mundo acima de 60 anos, fez a ficha lá em baixo, vê que tem mais de 60 anos, sobe com o paciente direto, enquanto ele aguarda o resultado de exames, aguarda aqui em cima numa sala diferenciada. E uma coisa que a gente fez foi com a obstetrícia. Existe uma salinha lá, que a gente botou uma sala de amamentação. Na verdade, não é uma sala de amamentação, aquilo ali é uma sala mutiprofissional, que seria de amamentação também, mais para as mães

tirarem as dúvidas, para elas sentarem, ter uma sala para poder conversar, tentando quebrar um pouco aquele clima de hospital para mãe, porque fica 48 ou 72 horas, a gente tenta melhorar um pouquinho aquele ambiente ali. A experiência que a gente tem foi boa com esses dois sentidos, só o que falta não é isso, porque não tem nem gente preparada para isso.” (NS12)

“Bom, para gente aqui na maternidade houve melhorias... há um tempo passado não tínhamos... em nível de acompanhante... de uma sala de amamentação para as pacientes, em que é passado mais informações para as pacientes. Antes, dependia só da gente orientar. Agora, elas têm uma pessoa que orienta mais. É um ambiente bem aconchegante. Então assim, para as pacientes é um outro tratamento.” (NM2)

Podemos notar que são considerados grandes benefícios da humanização a permissão do acompanhante para as usuárias da maternidade e idosos, assim como a criação de um ambiente coletivo para as primeiras. O que evidencia a importância do apoio social e ambiência no hospital.

Entraves à prestação de um atendimento humanizado

Dentre os entraves ou fatores limitantes à prestação de um atendimento humanizado foram relacionados: escassez e alta rotatividade de profissionais capacitados, grande carência de capacitações, ausência de espaço físico adequado para profissionais e usuários, ausência de campanhas informativas à população, lotação da rede básica de saúde, falta de materiais e equipamentos, conflitos entre profissionais, não relacionamento em equipe multiprofissional, precária comunicação, não identificação e vestuário próprio ao exercício do trabalho, baixos salários e desrespeito aos direitos trabalhistas.

Algumas tentativas de capacitação foram frustradas pela alta rotatividade. Segundo a Direção do hospital, este fato ocorre pelas condições precárias de trabalho, baixos salários e desrespeito aos direitos trabalhistas:

"A gente até pegou o pessoal, para poder mandar para fazer o curso, mas pessoal que trabalha em hospital público você sabe como é, ainda mais quem é cooperativado, daqui a pouco vai embora para outro lugar. (NS12)

“O pessoal da Secretaria de saúde que estava fazendo um curso de palestras e aí chegou a alguns dos profissionais nossos, só que não ficou mais ninguém: a

primeira chefe foi demitida, a outra enfermeira também saiu. Todos os técnicos que participaram do curso também saíram. É uma rotatividade muito grande.”
(NS12)

A questão da informação levada à população foi mencionada como um fator importante, juntamente com a melhoria do fluxo de atendimento de outros serviços da rede:

“Tem que começar pelos atendimentos nos postos de saúde. Começar a fazer palestras na comunidade, distribuir folders, explicando... eu sei que tem muita gente leiga que não sabe ler, mas sempre tem um que lê... e começar levar as informações do que seria um atendimento ambulatorial e o que seria um atendimento de emergência. E se os postos de saúde realmente funcionassem como deveria, eu acho que as unidades hospitalares não estariam tão lotadas. Porque assim, o primeiro atendimento tem que ser feito pelo posto de saúde e não na emergência. A emergência atende quando é um caso crítico, coisa que o ambulatório não pode resolver. Então, se tiver atendimento ambulatorial nos postos, eu acho que isso vai melhorar 100% para a população.” (NS9)

Somente a eficiência técnico-científica nos serviços de saúde é insuficiente para o alcance da qualidade no atendimento humanizado, devendo ser acompanhada por princípios e valores como a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários o que, infelizmente, nem sempre ocorre.³ Neste campo de relações humanas, no qual atendimento em saúde está inserido, é essencial agregar à eficiência técnico-científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades dos usuários e dos profissionais e que abarque os limites de cada situação apresentada.

Merhy¹⁹ discute a insatisfação dos usuários com o sistema de saúde, apesar do grande avanço das tecnologias que oferecem suporte aos cuidados nessa área. Ele pressupõe que isto ocorra pelo grande incremento a tecnologias “duras”, representados por raios-x, prontuários eletrônicos. O autor enfatiza a importância de introduzir tecnologias “leves” nas práticas de saúde, tais tecnologias seriam representadas pela dimensão relacional e pelos saberes técnicos dos profissionais.

Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos¹⁷. Portanto, faz-se necessário compreender as situações nas quais os profissionais

atuam e o grau de intervenção no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde.

“Os profissionais trabalham insatisfeitos, você vai ver sem condições e o salário na saúde hoje, no país acho que é muito pouco satisfatório. O pessoal não tem grande satisfação de fazer o que faz. O processo de humanização, você tem que humanizar primeiro aqui dentro, um salário decente, com condições boas de trabalho, e eles não têm isso. Então, como é que você vai poder exigir que a recepcionista trate todo mundo bem, com educação e acolha a pessoa que chega lá, se ela mesma não está satisfeita com o trabalho dela. É muito difícil. (NS12)

“Eu estou ouvindo as pessoas falarem em acolhimento, mas eu não consigo. Não é palpável para mim. Eu consigo ver um monte de anomalias, mas eu não consigo ver esse atendimento da forma como as pessoas estão vendo. Sinceramente, eu não consigo ver. Eu vejo as dificuldades que estão lá em baixo, como o aparelho de pressão que está quebrado ou some e ninguém acha. O usuário continua reclamando, porque hoje teve uma fila que quase chegou na metade da rampa. Eu não consegui ver onde está o acolhimento. Passa pela enfermeira, ela vai aferir a pressão e aí o usuário fica aguardando... e o médico do outro lado conversando. E a fila no corredor. E o acolhimento? De repente, eu não entendi o que é o acolhimento.” (NS2)

“Para os profissionais seria assim, todos eles terem uniformes, a recepção, a limpeza. Crachá que não tem. Material tem que ter e não tem... Um salário melhor, em dia. Ter mais atrativos, ter Riocard (auxílio transporte), algo que valorizasse o profissional. Até mesmo se colocasse o aniversariante do mês ganhasse uma cesta básica ou uma folga. Alguma coisa que atraísse o profissional. Não tem nada.” (NS2)

“Ainda tem uma disparidade muito grande: enquanto um médico meu que ganha um salário para 24 horas de R\$ 3.200, um enfermeiro que tem a mesma formação de terceiro grau, ganha R\$ 1.500 para fazer plantão de 12 x 60 horas. O fisioterapeuta vem três vezes por semana ganha R\$ 1.500 também, o assistente social também. É metade do salário do outro, enquanto eu como médico faço um plantão de 24, o fisioterapeuta, o assistente social, o nutricionista vem aqui três, quatro vezes por semana para ganha a metade disso. Então, eu acho que isso já

gera insatisfação. Se eu conseguisse igualar os salários, não abaixar o dos médicos, aumentar o salário de todo mundo. Todo mundo trabalharia muito melhor. E o técnico de enfermagem com um salário melhor, porque o salário do técnico de enfermagem nesse país é uma vergonha. Acho que é menos que do lixeiro. E é a pessoa que está direto. A gente médico, psicólogo, que tem terceiro grau, a gente não está vendo isso. Mas quem está de cara com o paciente é o técnico de enfermagem que ganha R\$ 300... e pior ainda faz 12 x 36 horas, está aqui dia sim, dia não. Um salário miserável, um salário de fome, para a pessoa que é a pessoa mais importante no hospital... é o técnico de enfermagem, não tem ninguém mais importante que ele.” (NS12)

A questão salarial é tão precária que para manter os profissionais a Direção do hospital se vê impelida a realizar acordos:

“A partir daí, melhorou o salário de todo mundo, você poderia negociar profissional, escolher profissional, preparar as pessoas. Como você vai escolher um profissional com qualificação x, mas você não dá a menor condição. Como você vai cobrar? Quando a pessoa tem um cursinho, terminou a pós-graduação, terminou a residência, ele vai procurar outro lugar para trabalhar e ele vai normalmente para rede privada. Quando ele consegue se destacar ele vai para rede privada, porque no público é a mesma coisa, você sai de um e vai para o outro e é a mesma coisa. A única diferença que o pessoal faz é deixar fazer esquema de horário, recebe 24 horas e faz 12 horas. É o único jeito que a gente tem para prender o médico no local.” (NS12)

Considerado um aspecto de suma importância estão os espaços de comunicação que estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a tomada de decisões coletivas². Condições e processos de trabalho, papéis profissionais, assim como os cuidados prestados aos usuários são temas que merecem compor esta discussão. Este diálogo fundamental para a humanização dentro do hospital, poderia se apresentar através de espaços formais como os GTHs ou *rounds* (reuniões para discussão de casos clínicos), como ocorreram por um curto espaço de tempo. A precariedade da comunicação encontra-se não somente na díade profissional-profissional, mas também entre profissional-usuário:

“Acho que melhoraria bastante. Se a gente conseguisse que a equipe conversasse mais e que os pacientes viessem só quando fosse emergência mesmo, já seria muito bom.” (NS11)

“Eu acho que tinha que ter um contato maior dos profissionais, de conversa, de falar sobre os pacientes porque eu não vejo isso aqui. Tem muito da Nutrição com a Fisioterapia porque a gente fica na mesma sala. E também do Serviço Social porque a gente tem um círculo de amizade mesmo.” (NS4)

“Aqui é que existe uma dificuldade muito grande. Para você ter uma idéia, hoje eu estava com seis laudas de AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Eu fui no P.A. (pronto atendimento): sabe da onde é esse paciente? Aí ninguém sabia, porque não tem informação. A técnica do setor não escreve nada. Aí eu falei: gente, mas o paciente deu entrada. Onde está esse paciente? Para onde ele foi? Foi à óbito? Foi alta ou transferido? Para onde? Não tem... Mas tem que ter gente: tem lauda de AIH, é porque ele entrou. Se tem entrada, tem saída... Quer dizer, então você esbarra em coisas que não deveria existir num hospital. A gente desanima... Você não tem informação e não acha o paciente de forma alguma. Aí o que eu consegui localizar, falei com CISBAF (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense) para encontrar novamente a vaga, conversei com a família, porque você precisa estar fazendo esse trabalho do acolhimento. Humanização também é acolhimento, não é?! Esclarecer os procedimentos, sobre o tempo que eu levo devido as dificuldades...” (NS2)

“A falta de comunicação atrapalha muito. Posso até te citar uma coisa que aconteceu hoje. O copeiro estava servindo e eu estava ali com ele na emergência. Até que uma acompanhante perguntou pela médica. Aí eu disse: olha não sei, ela pode estar na sala ou passando visita nos leitos. Ela disse: ‘Ah, mas ninguém sabe. Já perguntei para enfermagem. Se vocês que trabalham aqui não sabem, eu que vou saber da médica?’ –Olha aqui cada um faz o seu serviço, a gente não sabe o que ela está fazendo agora. Ela pode estar atendendo, ela pode estar no staff e outro médico estar no lugar, porque tem o horário de descanso... Você vai lá e pergunta para o outro médico. Ela começou a reclamar. Porque as pessoas que deveriam dar informação para ela não deram. Eu trabalho no hospital inteiro. Não sei do horário do médico, quando eles trocam. Então, eu falei para

ela: a senhora vai na Direção. E ela foi lá na Direção. Agora, precisava ela ir lá na Direção? Não.” (NS4)

Esta mesma dificuldade de comunicação foi manifestada em relação à Direção do hospital:

“Não estão ocorrendo reuniões. Quando eu entrei tinha reuniões mensais com a Direção do hospital e um representante de cada setor. Então, era a oportunidade que a gente tinha de falar. Porque o diretor do hospital sempre deu oportunidade para gente falar. E não está mais acontecendo. Era muito legal...” (NS4)

Outros pontos enfatizados pela grande maioria dos entrevistados foram a carência e/ou escassez de medicação, de materiais ou equipamentos, de profissionais e de organização do serviço que perpassa por todos os outros.

“Eu acho que as pessoas ficariam mais satisfeitas com o atendimento e os profissionais trabalhariam melhor, porque você pensar em atender e medicar sem ter a medicação, é complicado. A gente fica sem saber o que vai fazer.” (NS7)

“Falta equipamentos, os impressos... Agente só fica oito horas no hospital e ainda tem que correr atrás dos impressos, tirar xerox, uma coisa que não era para ser nossa... os impressos já deveriam estar aqui prontos para gente utilizar. E a questão que eu já te falei também, do hospital em si, dessa falta de limpeza que eu vejo, falta de organização e do fluxo que eu acho completamente errado.” (NS4)

“Eu acho que primeiro deveria ter material adequado para atender, porque não adianta você atender bem e ter que encaminhar para outro lugar. Algumas pessoas ficam agressivas, porque querem resolver seu problema e não conseguem. A estrutura precisa de reparos, mais médicos... eu quase não consegui sair para falar com você, porque só tinha duas médicas para o P.A. todo.” (NS7)

“Houve a redução do tempo de espera e percebemos que as pessoas estão mais satisfeitas. Mas, apesar de ser interessante você ter normas e tudo mais, muita coisa eu discordo porque não dá para você fazer... quer dizer faz acolhimento, aí depois quando chega aqui dentro e não tem medicação. ‘-Você vai para o hospital tal, porque não tem o que fazer com você’. Acho que tem outros

problemas maiores do que a humanização, que é complicado você fazer acolhimento faltando medicamento, algodão... não ter funcionário.” (NS12)

As mudanças na organização do serviço e no processo de trabalho são fundamentais para que a humanização seja de fato compreendida e implementada, como ocorreu com as duas experiências percebidas como benefícios da humanização. Não é possível pensar em humanizar se, por exemplo, não há o reconhecimento e atuação de equipe multiprofissional e precárias condições de trabalho. Os usuários devem conseguir cuidado rápido e o tempo de espera por consultas e tratamento deve ser curto. Os profissionais necessitam de um lugar de trabalho mais interessante e humanizado; contribuindo para as relações de trabalho e a valorização do profissional.

“Uma funcionária aqui da limpeza que não tem condição de trabalhar. Ela se queixa de dor desde que chega, ela vive se arrastando e isso não é bom porque ela não produz, ela passa o estresse para o usuário. E aí qual foi a sugestão: demiti-la. Mas, não é demiti-la. Ela precisa de ajuda. Ela devia ser encaminhada para o médico do trabalho.” (NS2)

A falta de cuidado com os profissionais; de equipamento e/ou material adequado; e outros aspectos das condições e do processo de trabalho fazem com que muitos profissionais adoçam. O estresse devido ao trabalho realizado e às relações autoritárias tem ocasionado hipertensão e problemas psicológicos, como ansiedade e depressão¹⁷.

Todos estes fatores citados pelos entrevistados tornam o trabalho mais difícil, desgastante podendo gerar grande desmotivação e até adoecimento. Isso faz com que muitos deles se limitem a realizar as rotinas de maneira quase que mecânica, numa forma de se pouparem, devido ao fato de estar em número reduzido e também possuem outros empregos que complementem sua renda.

A relação entre humanização e qualidade de vida do trabalho em saúde só poderá ser plena quando os profissionais puderem exercer sua cidadania, passando por canais de negociação e participação nas decisões sobre a organização do trabalho²⁴. Vemos que o cuidado com o cuidador é fundamental tanto para a prevenção ou erradicação dos agravos à saúde, quanto o aperfeiçoamento da atividade assistencial²⁵. Ainda que não se possa dizer que todas as queixas sejam procedentes, é importante ressaltar que o espaço de escuta e negociação deve estar assegurado.

Diante destes entraves, as sugestões para que se tornasse viável a concretização da humanização no hospital foram: aquisição de materiais e equipamentos, contratação de profissionais, aumento de salários, melhores condições de trabalho, garantia de direitos trabalhistas e capacitação de profissionais.

Características fundamentais para o atendimento humanizado

As principais condições citadas como associadas à prestação de um atendimento humanizado foram: gostar do que faz, ser educado, ter compromisso com a população, ajudar da melhor forma possível e participar de capacitações.

“Eu acho que não precisa muita experiência não, é da educação que você tem de tratar as pessoas porque essa coisa de humanização com receita de bolo eu acho que não funciona. Humanização do médico com paciente, eu acho que depende muito do médico, da pessoa.” (NS12)

“Não é fácil trabalhar dentro desta instituição que é o hospital municipal. Não é fácil! Você encontra dificuldades. Você precisa gostar do que faz e ter compromisso com a população, com o município. Você não vê compromisso. E isso é uma coisa que me angustia muito. Por exemplo, uma funcionária faltou e eu fiz além do meu trabalho. Vai me custar fazer? Então, isso é você ter compromisso com aquilo que você faz...” (NS2)

“Como eu posso te definir... Agora, eu estava atendendo um senhor, esse senhor estava atrás de um raio x, queria fazer um raio x e não sabia como. Ele já tinha feito um e tinha que repetir para ver como estava uma escoliose. Eu mesma fui lá fiz a autorização, pedi o médico para carimbar. É só ele ir na regulação e marcar. Se fosse outro, eu não sou médica, falaria: o senhor aguarda aqui, faz uma ficha e aguarda o atendimento. Então, eu faço até mais que o meu trabalho. Eu tento ajudar da melhor forma possível. Eu acho que essa é minha maior humanização.” (NM1)

As condutas citadas acima são de caráter pessoal e que diferentemente da questão da capacitação são de mais baixa governabilidade pela gerência do hospital. O que se observa é que por mais que estejam submetidos às mesmas condições de trabalho, existem características intrínsecas aos sujeitos, que fazem com que eles se comportem de maneiras distintas.

Traverso-Yepe e Morais²⁶ discorrem sobre as dimensões sociais que permeiam a saúde, ao dizerem que as práticas de saúde não têm apenas uma dimensão técnica, pois são ao mesmo tempo práticas sociais complexas, atravessadas pela dimensão cultural, econômica, política e especialmente ideológica, motivo pelo qual as modificações não são fáceis. Assim, a complexidade social na qual a população, os serviços de saúde e os profissionais que prestam o cuidado estão inseridos, irá permear a forma com que serão estruturadas as práticas de cuidado na assistência à saúde da população.

Por anos, a dimensão subjetiva dos profissionais foi desconsiderada.²⁷ Há a necessidade de voltar a atenção para esta dimensão das pessoas que prestam os cuidados em saúde. Esta dimensão última tem o poder de favorecer ou dificultar a melhor captação das necessidades dos usuários, possibilitando um atendimento mais integral²⁸.

Do ponto de vista do profissional, considerar as dimensões psíquicas, familiares, culturais e sociais permite ofertar a ele melhores condições para lidar com o desgaste resultante do constante contato com sofrimento, assim como com os limites e as dificuldades na realização de seu trabalho. O respeito aos aspectos subjetivos que perpassam a atividade do profissional constitui uma proteção à sua saúde, permitindo-lhe agir de modo menos defensivo, mais espontâneo e próximo às suas carências e às do usuário².

Alguns dos profissionais entrevistados perceberam que esta dimensão subjetiva estava afetando seu trabalho de maneira contraproducente e mudaram suas atitudes. Ainda assim, demonstraram necessitar de auxílio, um espaço que possibilite a fala, para se sentir melhor e não interferir negativamente na relação com o usuário e seus pares.

“Eu estava muito estressada e pedi até o administrador me colocar como diarista e pego mais tarde. Porque eu já não estava mais agüentando, às vezes eu já estava até tratando o usuário com uma certa agressividade e isso não é bom. Não vou fazer isso, não posso.. Eu tenho que ter total paciência, manejo pra lidar com a pessoa que está entrando procurando atendimento” (NM1)

“De uns tempos para cá e com o excesso de serviço, eu comecei a ficar um porco-espinho. E às vezes, eu até me pegava sendo um pouco mais rude no falar com uma mãe e tal. Aí, eu falei: existe alguma coisa errada. Eu já estou começando a não fazer o que eu já fazia. Pelas conseqüências da vida, eu acabei pedindo baixa da força aérea e com isso, a forma de agir e tratar melhorou, a paciência voltou... é claro, a gente sabe que não dá para você ser humano, entre aspas, se você não

está bem. A luzinha de alerta piscou. Eu não sou uma pessoa muito paciente, eu sei disso. Mas, aqui dentro eu tento ser até porque as mães, os pais, as crianças não têm culpa de nada, quem trabalha comigo não tem culpa de nada... e eu até brinco com eles: ‘Olha, chegou a chata’ ‘–Ah, que é isso dona J. Agora a senhora está com uma cara tão mais alegre.’ E por que? Saí da prisão.” (NS6)

“Estou angustiada... Você caiu hoje como uma luva, você é psicóloga...” (NS2)

“Gostaria de melhorar mais, de ter mais condições, até condições psicológicas, de atender bem as pessoas, aos meus colegas de trabalho, às pessoas que convivem comigo.” (NS6)

A influência intersubjetiva que existe na relação entre o profissional e o usuário não deve ser negada nem subestimada. Ao contrário, humanizar significa considerá-la um valioso instrumento de compreensão e manutenção da saúde de ambos. Humanizar é, portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde do usuário e do profissional².

Considera-se assim, que existe um encontro entre duas pessoas - profissional e usuário - que é muito mais que uma relação de fornecimento e recebimento de um serviço técnico em saúde. Trata-se de uma relação humana e como tal encontra-se impregnada de significações, sentidos e sentimentos que têm repercussões na vida de cada um dos envolvidos.

A carência de capacitações, não somente sobre humanização, mas também sobre qualificação para que o profissional compreenda quais as suas atividades laborais dentro do hospital, prejudica muito o processo de trabalho e ainda põe em risco usuários e os próprios profissionais.

“No máximo uma triagem mal feita por uma pessoa tecnicamente despreparada e acho que psicologicamente despreparada, porque está ali na frente. Até para fazer a abordagem tinha que ser uma pessoa qualificada para isso, não que a pessoa tem que ter terceiro grau não. Pode ser o técnico de enfermagem, mas preparado para isso e com perfil para isso. Mas, para isso ele teria que passar por um curso, por uma psicóloga para você avaliar se realmente a pessoa tem aquele perfil. Porque tem gente que eu sei que não tem perfil para fazer acolhimento nenhum, porque ele chega lá em baixo e fala assim: ‘se eu fosse você, eu voltava daqui mesmo, porque não tem medicamento’” (NS12)

“O paciente deveria chegar e ver que está sendo bem-vindo. Ele chegar na unidade e não é mais um fardo, porque a pessoa já chega achando que é mais um

para dar trabalho, que é mais um para o médico atender, é mais um para a gente ter problema. Na verdade, na atual situação é isso que acontece: cada um que chega, você tem que rezar para ele não ter um problema grave, que ele não tenha uma doença grave que você não possa resolver.” (NS12)

“As pessoas que limpam pegam a luva, abrem a porta e quando o outro profissional entra, aquela maçaneta já está contaminada e ele acaba se contaminando também. Então, quer dizer, você não tem noção daquilo que você está fazendo. Estão cometendo os mesmos erros... Varrer alojamento com vassoura de piaçava, não pode.” (NS2)

“O pessoal da limpeza ganha um salário de R\$ 300 para trabalhar sem formação nenhuma. Você chega ali na rua: ‘Você quer trabalhar no hospital?’ ‘-Quero’. Dá uma vassoura na mão dele, manda ele varrer lá dentro do centro cirúrgico, sem luva, sem preparo nenhum.” (NS12)

“A limpeza tem uma certa dificuldade de assimilar que se ela se proteger é melhor para ela e para o empregador. Para você ter uma idéia, eles pegam lençol daqui e levam pra casa. Lençol hospitalar, como isso entra na cabeça de alguém? E falam na hora do almoço: gente, achei o lençol lindo, está forradinho lá em casa. Isso é um absurdo! Eles não têm noção do que estão levando pra casa, bactérias, todo tipo de contaminação.” (NS2)

Alguns profissionais relataram alteração em sua conduta profissional em decorrência do contato com a temática da humanização de forma teórica ou vivencial em outros serviços. Dos 15 entrevistados, 3 participaram de uma palestra, 3 participaram de duas palestras, 2 participaram de três palestras e 7 não tiveram contato algum com a temática de humanização fosse ofertado pelo município fosse em outros espaços de graduação ou pós graduação.

“Eu melhorei, porque eu tinha uma visão um pouco deturpada das coisas. Porque na hora de eu ver o paciente, eu o vejo como ele é na verdade, como um ser humano. Uma pessoa que está ali necessitando de ajuda. Que poderia ser alguém da minha família. E ele ser tratado como um objeto. Um tratamento frio, sem nenhum calor humano. E mudou muito para mim. Pelo fato de dizer assim, você não precisa abraçar ou pegar o paciente no colo, para dizer que você está tratando bem. Mas, se você dá atenção à queixa do paciente e dá a resolutividade àquela queixa, você já está tratando o paciente com o devido respeito. (NS2)

“Mudou essa parte de humanização... de tratar diferente é... respeitar. Porque o paciente quando vem ou se está internado, ele fica nervoso porque está ali. Às vezes, passa noite sem dormir. Isso tudo abala o psicológico do paciente, então eu procuro entender melhor.” (NS3)

Outros acreditam que prestam um atendimento humanizado mesmo que de forma intuitiva e por vezes o real vivido na prática da humanização deste hospital é angustiante para os profissionais.

“Sem querer eu já fazia o atendimento humanizado. Já sempre deixava o acompanhante entrar, eu sempre converso com os familiares, procuro deixar todo mundo sempre à vontade. Só veio ao encontro com o que eu já fazia.” (NS8)

“Porque, na verdade, isso eu já faço. Tratar com respeito e atenção. Fazer o máximo possível, por exemplo, aqui a medicação é difícil, geralmente não tem. Ai o que eu faço? Trago de outro lugar para cá. Isso não resolve, mas ajuda. Faltam outras coisas: algodão, luvas, um ambiente melhor para atender. Mas, eu faço o que eu posso. E acho que já é uma forma de humanizar.” (NS7)

Lições Aprendidas

Os estudos sobre humanização da saúde têm sofrido um incremento inegável. Porém, a humanização ainda não está na agenda de prioridades da maioria dos gestores. O município, campo desta pesquisa, não foi exceção. É verdade que algumas iniciativas foram desenvolvidas, ainda que de maneira pontual. Por outro lado, a maioria dos profissionais de saúde entrevistados não demonstrou deter conhecimento acerca da complexidade dos Programas e Políticas sobre humanização.

O discurso dos entrevistados corrobora a idéia de que o termo humanização ainda está imerso num bojo de sentidos e significações distintos denotando falta de clareza do conceito. As significações associadas ao termo referem-se basicamente ao atendimento prestado ao usuário, apoiado no diálogo e bom relacionamento com respeito e empatia, almejando a resolução de queixas.

Apesar de terem, em seu conjunto, contemplado grande parte das dimensões que constituem a humanização em saúde, propostas por Vaitsman e Andrade¹¹, as dimensões

confidencialidade e gestão participativa nem de longe foram rascunhadas. Estas dimensões dizem respeito à garantia da privacidade e confidencialidade de toda a informação fornecida pelo usuário e ao direito dos profissionais e usuários atuarem na gestão participativa do hospital. Segundo os entrevistados esta última se apresenta devido a pouca vocalização e baixa autonomia para reorganizar suas tarefas. Percebe-se que há uma cisão entre planejar e fazer, onde gestores pensam e os profissionais da ponta prestam os cuidados em saúde.

Num primeiro momento, poucos profissionais relacionaram humanização com seu trabalho. Com o decorrer das entrevistas, e principalmente quando questionados sobre os entraves à prestação de um atendimento humanizado é que eles conseguiram se expressar em relação ao seu processo de trabalho. Até mesmo em relação aos benefícios que a humanização poderia trazer para os profissionais, poucos conseguiram associar algo, e a maioria falou sob forma hipotética. Assim, ficou evidente que a humanização para a grande maioria dos profissionais entrevistados é entendida como algo relacionado à atuação do profissional e encontra-se altamente direcionado ao usuário, desconsiderando aspectos como educação permanente, gestão participativa ou saúde do trabalhador.

Quanto ao segundo eixo temático, observou-se que há uma redução da noção de acolhimento à de classificação de riscos. Talvez pelo fato destes dispositivos, apesar das dificuldades e distorções, terem sido os únicos instituídos e vinculados à noção de humanização no hospital. Ao se iniciar as entrevistas, o que era denominado acolhimento consistia de um rápido histórico da doença ou sofrimento e aferição da pressão arterial. Parte daí as críticas quanto à sua aplicabilidade. Anteriormente, segundo os entrevistados, o acolhimento era dotado de um caráter mais resolutivo, com encaminhamentos ou prescrição de exames e pronto cuidado, possibilitando assim um contato mais genuíno com os usuários. Hoje, a maioria dos profissionais concorda que a forma como o ‘acolhimento’ está sendo feito, é melhor realizado pelo próprio médico, durante a consulta.

Soma-se a isso, o desejo imperioso do usuário em falar com o médico, que por vezes, causou conflitos no hospital. Ter que passar pela recepção, pelo acolhimento e só depois falar com um médico, muitas vezes, não era bem visto pelos usuários. Pode também ocorrer que a opção do hospital em contar com profissionais de nível médio para a atividade de acolhimento contribua e até justifique a percepção de baixa resolutividade pelo usuário. A demanda pelo atendimento médico é claramente percebida pelos profissionais. No médico, o paciente deposita a confiança e, guiado por suas orientações, enfrenta a situação de estar doente²⁹.

Foi explicitada a relação do acolhimento com o nível sócio-econômico dos usuários. Esteve presente a noção do serviço público em saúde para quem não pode pagar, de o SUS ser para os pobres, para quem não tem outro lugar para ser atendido.

“A pessoa está procurando o serviço porque precisa. Se não ele não estava aqui, estava na Rede D’or. Se ele pudesse estaria numa Rede D’or, tomando suco de laranja ou cafezinho. Chega à recepção tem água, tem tudo, tem televisão de plasma para ele ver. É um paciente que já chega sabendo que não é bem-vindo aqui porque ele vai trazer problema. A imagem que o paciente tem na maioria das vezes é essa. E o profissional que está ali na recepção, no atendimento, também vê assim, é mais um trabalho que está chegando para ele, cada um que chega a mais que chega é mais um trabalho.” (NS12)

As falas podem refletir uma constatação local, em termos da população atendida e da estrutura física do hospital. Porém, também estão imbuídas de um certo desconhecimento acerca dos pilares da saúde pública no Brasil, principalmente no que diz respeito ao SUS.

No terceiro eixo, foram apresentados os benefícios que os profissionais relacionaram à humanização no hospital. Mais uma vez, todos os apontamentos se referem aos usuários, sendo os principais a satisfação dos usuários e o tempo de espera, ambos sem registro formal.

Alguns profissionais relataram a segurança e/ou apoio social como uma conquista da humanização no hospital, ainda que outras falas o contradissem. Quanto às iniciativas realizadas no hospital para auxiliar a humanização, foram relatadas duas experiências consideradas exitosas pelos entrevistados: a permanência de acompanhante para usuários idosos e puérperas; e a sala de amamentação que se configura como um espaço para reuniões informativas sobre aleitamento materno e cuidados com o bebê, e também para encontros de puérperas. Esta última associou apoio social e ambiência.

No eixo seguinte, entraves ao atendimento humanizado, foram destacados de maneira contundente pela maioria dos profissionais os seguintes pontos: escassez e alta rotatividade de profissionais, ausência de espaço físico adequado, falta de materiais ou equipamentos, precária comunicação, baixos salários e a não garantia de direitos trabalhistas.

Sem dúvida alguma, fatores que dizem respeito à concretude das atividades laborais e ao reconhecimento deste são fundamentais para a prestação de um atendimento e trabalho humanizados. Parece que os profissionais descrentes em relação a mudanças, tentam criar

estratégias para lidar com estas dificuldades. Para isso, é preciso “...gostar do que faz e ter compromisso com a população, com o município”. (NS2)

Ao mesmo tempo em que a busca por resolver a demanda do usuário se apresenta com intuito positivo, por vezes, pode acarretar confusão de papéis e conflitos.

“...Eu mesma fui lá fiz a autorização, pedi o médico para carimbar. É só ele ir na regulação e marcar. Se fosse outro, eu não sou médica, falaria: o senhor aguarda aqui, faz uma ficha e aguarda o atendimento. Então, eu faço até mais que o meu trabalho. Eu tento ajudar da melhor forma possível. Eu acho que essa é minha maior humanização.” (NM1)

“Eu tento, tento muito. Porque, por exemplo, as AIHs é de competência do médico fazer, de fazer a transferência, dele ir para o telefone e buscar vaga. E ele não faz isso. Eu, dentro das suas limitações, até tento buscar vagas. Mas, eu não posso me passar por médico. Se nem o laudo ele fez, como eu posso fazer a minha parte? Por mais que eu tenha boa vontade... o profissional não vive de boa vontade. Eu não posso simplesmente ligar e falar assim: Olha, tenho um paciente com fratura de fêmur. Eles perguntam: ‘você é médica?’ ‘-Não.’ ‘-Então, minha filha eu não posso falar com você’ Eu sempre ouvi isso..” (NS2)

A partir das entrevistas, ficou evidente que grandes adversidades são causadas pela comunicação precária, tanto em relação aos usuários quanto entre os profissionais. E que o não reconhecimento dos profissionais não médicos gera grandes dificuldades para o trabalho multiprofissional,

As sugestões apresentadas pelos profissionais para viabilizar a concretização da humanização no hospital se concentraram em aspectos relacionados à política de recursos humanos (capacitação, contratação, aumento de salários, melhores condições de trabalho, estabilidade de vínculo de trabalho e garantia de direitos trabalhistas). A criação de espaços para o diálogo entre profissionais também foi apontada.

As características pessoais dos profissionais, como compromisso institucional, prazer com o trabalho e profissionalismo surgiram como um diferencial para a humanização.

Considerar a dimensão subjetiva dos profissionais e a dinâmica intersubjetiva entre profissionais e usuários assume um caráter fundamental na humanização, já que estas trazem repercussões para a vida dos envolvidos e para o serviço de saúde.

Longe de esgotar a presente discussão, este trabalho revelou a partir das percepções dos profissionais de saúde, que o ideal recomendado pelas propostas do Ministério da Saúde não se encontra bem estruturado no real do campo estudado, em uma situação onde houve esforços concretos para implantação da política. Evidenciou também, que há a necessidade de implementar os dispositivos da PNH de forma conjunta para a efetivação da humanização, assim como fortalecer as iniciativas em vigência para que estas não percam suas forças e se extenuem. Este trabalho se encerra com a convicção de que o debate destas questões é de grande importância, já que tem repercussões diretas na qualidade do atendimento, das condições de trabalho e da dinâmica relacional em saúde.

Referências Bibliográficas

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Cartilha de Informações para Gestores e Técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: 2000. [acessado 2007 Janeiro 20]. Disponível em <www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/Cartilha.htm>.

² Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: 2001. [acessado 2007 Janeiro 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/assistencia_hospitalar1.pdf.

³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: 2004.

⁴ Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ri de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva. V. 9, n. 1, 2004.

⁵ Centro de informações e dados do Rio de Janeiro (2000). Dados sócio-econômicos – Banco de Dados Municipais. Taxa de Analfabetismo da população de 5 anos ou mais de idade, por grupos de idade, segundo os municípios, distritos e a situação do domicílio. Estado do Rio de Janeiro - 2000. [acessado 2009 maio 15]. Disponível em: http://www.cide.rj.gov.br/cide/banco_municipais.php#17

⁶ Centro de informações e dados do Rio de Janeiro (2004). Dados sócio-econômicos – Banco de Dados Municipais. Taxa bruta de mortalidade, segundo as Regiões de Governo e municípios. Estado do Rio de Janeiro - 1993 – 2004. [acessado 2009 maio 15]. Disponível em: <http://www.cide.rj.gov.br/tabelas/tx%20bruta%20mortalidade%20RJ.htm>

⁷ IBGE (2006). IBGE Cidades@. [acessado 2009 maio 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

⁸ Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

⁹ Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. Ed. Perspectiva, 1974.

¹⁰ OMS (Organização Mundial de Saúde). The World Health Report – Health Systems: Improving Performance. [acessado 2007 Agosto 15]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf.

¹¹ Vaitsman J, Andrade GRB de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2005 Sep [acessado 2007 Agosto 30] ; 10(3): 599-613. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&lng=en.

¹² Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília, 2006. [acessado 2007 Junho 22]. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_carta_direitos_usuarios_saude.pdf.

¹³ Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Presidência da República, 1988. [acessado 2007 Janeiro 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm.

¹⁴ Luiza VL, Esher A, et al. (2006). Avaliação nacional da dispensação de medicamentos para as PVHA. Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Núcleo de Assistência Farmacêutica.

¹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

¹⁶Teixeira RR. Humanização e atenção primária da saúde. Ciênc. saúde coletiva vol.10 n.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005. [acessado 2008 junho 22]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016

¹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

¹⁸ Brasil. MS (Ministério da Saúde) - Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: 2006. [acessado 2008 Janeiro 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389.

¹⁹ Merhy EE. O ato de cuidar: A alma dos serviços de saúde. Caderno de textos VER-SUS, Ministério da saúde, Textos básicos da saúde, série B, Brasília-DF. 2004.

²⁰ Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface: Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004. [acessado 2008 Janeiro 07]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cuidado_e_reconstrucao_das_praticas_de_saude.pdf.

²¹ Campos GW de S. Humanização em saúde: Um projeto em defesa da vida? Interface: Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. [acessado 2007 Setembro 02]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>.

²² Macedo PCM. Desafios atuais do trabalho profissional em saúde. Ver. SBPH v.10 n.2. Rio de Janeiro, dez 2007. [acessado 2009 Maio 15]. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v10n2/v10n2a05.pdf>

²³ Pinho, M. C. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Ciências & Cognição; Ano 03, Vol 08. [acessado 2009 Maio 15]. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>

²⁴ Lacaz FA de C, Sato L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde In: Deslandes SF, organizadora – Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

²⁵ Nogueira-Martins MCF. Oficinas de humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais da saúde. In: Deslandes SF, organizadora – Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

²⁶ Traverso-Yopez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. Cad. Saúde Pública, jan. /fev. 2004, vol.20, nº 1, p.80-88.

²⁷ Esperidião E, Murani DB. A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência. Formação profissional: possibilidades para a humanização da assistência. Ciência, Cuidado e Saúde Maringá, v. 4, n. 2, p. 163-170, maio/ago. 2005. [acessado 2009 Fevereiro 02]. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5229/3371>.

²⁸ Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Rev. esc. enferm. USP vol.38 no.1. São Paulo: Mar. 2004. [acessado 2009 Fevereiro 02]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v38n1/02.pdf>.

²⁹ Blasco PG. Medicina e pessoa humana. Seminário de Filosofia no programa Master em Jornalismo para Editores da Faculdade de Ciências da Informação da Universidade de Navarra. São Paulo: agosto de 1997. [acessado 2009 Março 11]. Disponível em: <http://www.hottopos.com/mirand2/medicina.htm>.

Considerações Finais

O cenário de limitações encontrado parece não ser exclusividade do nosso campo de pesquisa. Semelhante descrição foi preciosamente caracterizada pela Política Nacional de Humanização (2004) como uma dificuldade da saúde no Brasil: “O baixo investimento na qualificação dos profissionais, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos profissionais e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre profissionais e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde. O quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde”. (Brasil/MS, 2004:5)

A PNH, marco teórico para o presente estudo, por ter pouco tempo de elaboração e implementação pode ainda não ter atingido a idéia comumente disseminada de que a saúde pública possui um caráter caritativo. Evidenciou-se nas entrevistas a idéia da PNH como uma proposta exclusiva para os usuários, excluindo profissionais e gestores, assim como, que o estreito conhecimento da PNH e por vezes, dos próprios princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde também acarretam uma prática em dissonância das Propostas do Ministério da Saúde.

A carência de capacitações no campo estudado sobre humanização provoca entendimentos equivocados sobre o tema, até mesmo o desconhecimento de que a humanização também é direcionada aos profissionais de saúde. Os profissionais que tiveram pouco ou nenhum contato com a temática da humanização, por meio de capacitações, expressaram uma percepção pouco abrangente sobre a mesma e disseram não terem alterado sua prática. Porém, nem todos que tiveram um número

maior de palestras/encontros para tratarem do assunto expressaram grande clareza ao tecerem suas considerações.

Desta forma, emerge de forma cabal a idéia de que as capacitações sobre humanização não devem ocorrer pontualmente e desconexas de outros dispositivos, como por exemplo, os grupos de trabalho sobre humanização, que se configuram espaços de discussão e construção coletivas. O processo de humanização exige constantes investimentos na formação dos profissionais, possibilitando a ampliação da sensibilidade e compreensão do seu objeto de trabalho, o cuidado em saúde. Em resumo, as capacitações pontuais e isoladas de outras estratégias assumem um caráter necessário, mas não suficiente à promoção da humanização.

As dificuldades encontradas no campo de pesquisa, tais como a escassez de materiais e de profissionais, e a precária de organização do serviço; prejudicam a discussão e execução da PNH, podendo esta ser vista como algo supérfluo à dinâmica do serviço.

As iniciativas que os sujeitos relacionaram com a humanização foram vistas de maneira positiva e apoiadas pelos mesmos. Todos os entrevistados, apesar não terem grande conhecimento sobre a humanização, deram sugestões para auxiliar a humanização no hospital e demonstraram interesse em conhecer o assunto.

Longe de esgotar a presente discussão, este trabalho revelou a partir das percepções dos profissionais de saúde, que o ideal recomendado pelas propostas do Ministério da Saúde não se encontra bem estruturado no real do campo estudado. Evidenciou também, que há a necessidade de implementar os dispositivos da PNH de forma conjunta para a efetivação da humanização, assim como fortalecer as iniciativas em vigência para que estas não percam suas forças e se extenuem. Este trabalho se encerra com a convicção de que o debate destas questões é de grande importância, já que tem repercussões diretas na qualidade do atendimento, das condições de trabalho e da dinâmica relacional em saúde.

Referências Bibliográficas

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAREMBLITT, G. Que se entende por humanidade e humanização? Portal Humaniza, 2001. [Periódico na internet] [acessado 2007 Agosto 05]. Disponível em: www.portalhumaniza.org.br/hp/texto.asp?id=46.

BENEVIDES, R. e PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência e saúde coletiva: 2005a, vol.10, nº 3, p.1-29.

BENEVIDES, R. e PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface (Botucatu) vol.9 no.17 Botucatu Mar./Aug. 2005b. [acessado 2007 Agosto 03]. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-2832005000200014&script=sci_arttext.

BETTS, J. Considerações sobre o que é humanizar. Portal Humaniza, 2003. [Periódico na internet] [acessado 2008 Janeiro 09]. Disponível em <www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>.

BRASIL. MS (Ministério da Saúde). Leis do SUS: 8080 e 8142. Brasília: 1990. [acessado 2007 Abril 22] Disponível em: www.rebidia.org.br/noticias/saude/rede8111.html.

BRASIL. MS (Ministério da Saúde). Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: 2001. [acessado 2007 Janeiro 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/assistencia_hospitalar1.pdf.

BRASIL. MS (Ministério da Saúde). Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Cartilha de Informações para Gestores e Técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: 2000. [acessado 2007 Janeiro 20]. Disponível em <www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/Cartilha.htm>.

BRASIL. MS (Ministério da Saúde). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de Atenção e Gestão do SUS. Brasília: 2006a. [acessado em 2007 Dezembro 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/monitoramento_pnh.pdf.

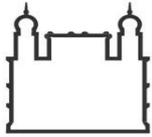
- BRASIL. MS (Ministério da Saúde). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006c.
- BRASIL. MS (Ministério da Saúde) - Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: 2006b. [acessado 2008 Janeiro 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389.
- BRASIL. MS (Ministério da Saúde). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: 2004.
- CAMPOS, G.W. de S. Humanização em saúde: Um projeto em defesa da vida? Interface: Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. [acessado 2007 Setembro 02]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>
- CAPRARA, A. e FRANCO, A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública vol.15 n.3 Rio de Janeiro July/Sept. 1999. [acessado 2008 Abril 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023.
- CAREGNATO, R. C. A. e MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. Texto Contexto Enferm. Florianópolis: 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84. [acessado 15 agosto 2008]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>
- CASATE, J.C. e Corrêa, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 n.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2005. [acessado 2008 Fevereiro 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>
- CASTRO, J.C. de, CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev. Latino-Am. Enfermagem

- [periódico na Internet]. 2005 Dez [acessado 2008 Abril 20] ; 13(6): 960-967. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600007&lng=pt.
- Centro de informações e dados do Rio de Janeiro (2004). Dados sócio-econômicos – Banco de Dados Municipais. Taxa bruta de mortalidade, segundo as Regiões de Governo e municípios. Estado do Rio de Janeiro - 1993 – 2004. [acessado 2009 maio 15]. Disponível em: <http://www.cide.rj.gov.br/tabelas/tx%20bruta%20mortalidade%20RJ.htm>
- Centro de informações e dados do Rio de Janeiro (2000). Dados sócio-econômicos – Banco de Dados Municipais. Taxa de Analfabetismo da população de 5 anos ou mais de idade, por grupos de idade, segundo os municípios, distritos e a situação do domicílio. Estado do Rio de Janeiro - 2000. [acessado 2009 maio 15]. Disponível em: http://www.cide.rj.gov.br/cide/banco_municipais.php#17
- DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In MINAYO, M. C. de S., organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva. V. 9, n. 1, 2004.
- FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I.H. e MARCON, S.S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2007 Dez [acessado 2008 Abril 22] ; 16(4): 609-616. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400004&lng=pt.
- FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J, e TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública vol.24 n.1 Rio de Janeiro Jan. 2008 [acessado 2008 abril 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=pt.
- GOLDEBERG, M. A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997.

- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S., organizador. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- GOULART, B.N.G. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Ciênc. e saúde coletiva: 2006. [acessado 2009 Março 10]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=960
- IBGE (2005). IBGE Cidades@. Mesquita - RJ. [acessado 2009 maio 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=330285#topo>
- IBGE (2006). IBGE Cidades@. Mesquita - RJ. [acessado 2009 maio 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.
- MINAYO, M. C. de S., organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- MINAYO, M.C. de S. Sobre o humanismo e a humanização. In: Deslandes SF, organizadora – Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. e BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde soc. v.13 n.3 São Paulo set./dez. 2004. [acessado 2008 Abril 09]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=pt&nrm=iso
- ONU. Declaração Universal dos Direitos do Homem. 1948. [acessado 2008 Março 10]. Disponível em: www.who.int/entity/genomic/elsi/en.
- PAULI, M.C. e BOUSSO, R.S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade intensiva pediátrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.11 n.3 Ribeirão Preto May/June 2003. [acessado 2008 Abril

- 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300003&script=sci_arttext&tlng=es.
- Prefeitura Municipal de Mesquita (2005). Dados Gerais. [acessado 2009 maio 15]. Disponível em: http://www.mesquita.rj.gov.br//index.php?option=com_content&task=view&id=302&Itemid=384
- Prefeitura Municipal de Mesquita (2007). Mesquita mostra seu potencial em Feira de Negócios. [acessado 2009 maio 15]. Disponível em: http://www.mesquita.rj.gov.br//index.php?option=com_content&task=view&id=804&Itemid=500
- SÁ, M.C. Em busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
- SOUZA, K.M.O. e DESLANDES, S.F. Assistência Humanizada em UTI Neonatal. Os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciênc. saúde coletiva: 2008. [acessado 2009 Março 10]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2664.
- TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária da saúde. Ciênc. saúde coletiva vol.10 n.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005. [acessado 2008 junho 22]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016
- TORNIQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad Saúde Pública 2003; 19:419-27. [acessado 2007 Dezembro 21]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800023.
- TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública 2005; 39(3):507-14. [acessado 2009 janeiro 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>.

Anexo 1 - Roteiro de Entrevista



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Data: ____/____/____

Parte 1: Caracterização do entrevistado

Nome:

Idade:

Sexo:

Cargo:

Tempo de formado:

Tempo de atuação no hospital:

Tipo de vínculo (estatutário, CLT, outros):

Carga horária:

Experiência no setor privado:

Experiência como gestor:

Participação no Conselho Municipal de Saúde:

Participação em capacitações sobre humanização. (Se sim, nome da instituição organizadora)

Parte 2: Opinião do entrevistado

1. O que o (a) senhor (a) entende por “humanização da saúde”?
2. Já recebeu algum treinamento sobre o tema? (Quantos? Há quanto tempo?)
3. Após o treinamento, conseguiu implementar algo em sua prática profissional? (Se não, por quê? Se sim, o que?)
4. Por favor, descreva facilidades e dificuldades de implementar o que aprendeu na prática profissional.
5. E para a população, que tipo de benefícios a humanização pode trazer para o usuário?
6. O que acontece na prática como decorrência / resultado da humanização da saúde?
7. O (A) senhor (a) considera que o atendimento que oferece é humanizado? Por quê? (Descreva o que considera como atendimento humanizado)
8. O (A) senhor (a) tem sugestões para auxiliar o desenvolvimento da humanização da saúde? Quais?

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar de um estudo sobre as percepções do serviço oferecido no Hospital Municipal Engenheiro Leonel de Moura Brizola, em Mesquita.

Você foi selecionado por se tratar de um trabalhador do hospital e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são identificar as concepções que dos trabalhadores da saúde acerca do processo de cuidado e da relação da unidade de saúde com seus usuários, assinalando suas fortalezas (pontos fortes) e dificuldades (pontos fracos).

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas feitas pela pesquisadora. Esta participação auxiliará na compreensão acerca do processo de cuidado e da relação com os usuários, contribuindo com o desenvolvimento de políticas na área.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, seu nome real será substituído por outro em qualquer apresentação baseada neste estudo. No entanto, não é possível garantir o anonimato dos participantes, visto que, há o risco de identificação de algum entrevistado pela associação da fala com a função que o profissional desempenha no hospital.

Como suas respostas serão gravadas em áudio, para facilitar o registro fiel das falas e o trabalho de transcrição, a qualquer tempo, você poderá revisar suas declarações. Apenas os pesquisadores envolvidos diretamente no estudo terão acesso ao material gravado.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Principal: Ana Paula Magalhães
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Sala 624 –
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ
CEP.: 21041-210
Tel. (21)2598-2762
Mail: apm_psi@yahoo.com.br

Comitê de Ética/ENSP

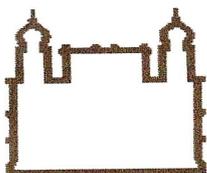
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ
CEP. 21041-210
Tel e Fax - (21) 2598-2863
Mail : cep@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Voluntário da pesquisa

____/____/2008
Data

Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 14 de julho de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 91/08 CAAE: 0115.0.031.000-08

Título do Projeto: “A Política Nacional de Humanização no município de Mesquita”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Ana Paula Magalhães

Orientadores: Vera Lúcia Luiza e Ângela Fernandes Esher Moritz

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/FIOCRUZ e Hospital Municipal Engenheiro Leonel de Moura Brizola

Data de recebimento no CEP-ENSP: 21 / 05 / 2008

Data de apreciação: 04 / 06 / 2008

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PROF. SERGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEPI/ENSP