

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Humanização e gestão estratégica numa instituição de pesquisa: o caso do IPEC”

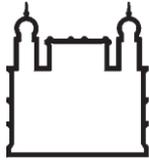
por

Cristiane Lopes Ferreira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann

Rio de Janeiro, junho de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Humanização e gestão estratégica numa instituição de pesquisa: o caso do IPEC”

apresentada por

Cristiane Lopes Ferreira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Angélica Carvalho Andrade

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann – Orientadora

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

F383 Ferreira, Cristiane Lopes
Humanização e gestão estratégica numa instituição de pesquisa: o caso do
IPEC. / Cristiane Lopes Ferreira. -- 2011.
79 f.

Orientador: Artmann, Elizabeth
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Rio de Janeiro, 2011

1. Saúde Pública. 2. Humanização da Assistência. 3. Gestão em Saúde. 4.
Planejamento Estratégico. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1

AUTORIZAÇÃO

Informo que a Dissertação/Tese do(a) aluno(a) _____,
sob minha orientação está de acordo com as “Normas para Apresentação de Dissertação
e Teses” do Programa de Pós-Graduação da ENSP e favorável à divulgação após as
modificações sugeridas pela Comissão Examinadora.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Orientador e carimbo

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especiais aos meus familiares e amigos que me apoiaram em todos os momentos.

Em especial, quero agradecer ao meu marido, Márcio e as minhas filhas Clara e Laura por todo amor e paciência.

A todos os colegas do hospital em que trabalho por toda a ajuda e compreensão.

A minha orientadora, professora Elizabeth Artmann, pela grande oportunidade de aprendizagem e crescimento.

A todos os professores e colegas de mestrado, com quem passei momentos inesquecíveis.

A todos os usuários e profissionais de saúde que aceitaram participar desta pesquisa, pela confiança e disponibilidade.

Muito obrigada!

SUMÁRIO

1. Introdução	04
2. Referencial Teórico	07
2.1 O contexto histórico do modelo atual de atenção na saúde	07
2.2 A Política Nacional de Humanização	13
2.3 O Enfoque Démarche Estratégica	19
3. Estratégica Metodológica	24
3.1 Local da pesquisa	24
3.2 Levantamento de informações	25
3.3 Análise dos Resultados	28
4. Análise das entrevistas e construção dos discursos coletivos	29
4.1 Descrição do método de análise de discursos	29
4.2 Apresentação dos resultados	30
4.3 Considerações finais sobre os diferentes discursos	64
5. Conclusão	72
6. Referências Bibliográficas	74

LISTA DE ABREVIATURAS

CNS	Conferência Nacional de Saúde
ENSP	ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
IPEC	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
FIOCRUZ	FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Assistência hospitalar
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

De acordo com a Política Nacional de Humanização, entende-se “humanização” pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Como estratégia de mudanças, a humanização orienta-se por esses três princípios: a transversalidade; a estreita vinculação entre a atenção e a gestão em saúde e a autonomia e protagonismo dos sujeitos nos processos de trabalho.

Esta dissertação tem por objetivo principal analisar a incorporação da Política Nacional de Humanização nos laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC). A pesquisa incluiu entrevistas semi-estruturadas com profissionais, usuários e gestores dos três laboratórios. Os profissionais que participaram da aplicação do método *démarche*, na pesquisa na qual este estudo está incluído, foram entrevistados. Este material foi utilizado para analisar a contribuição potencial do método para o processo de humanização, visto que a Política Nacional de Humanização propõe uma mudança na cultura organizacional e a *démarche* potencializa as oportunidades de participação e discussão coletiva. Os resultados foram discutidos de acordo com o método de análise qualitativa do discurso do sujeito coletivo. Os discursos revelaram que apesar da maioria dos gestores e profissionais não conhecerem a Política Nacional de Humanização, o IPEC desenvolve práticas de humanização. Embora o método *démarche* tenha um potencial para criação de espaços coletivos e de comunicação, a experiência da aplicação do método é recente e não se pode tirar conclusões definitivas sobre sua contribuição para a humanização, pois isso exige um tempo histórico maior.

Palavras-chave: Saúde Pública, Humanização, Gestão Estratégica, Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

According to the National Humanization Policy, “humanization” is the valorization of the different subjects implicated in the process of health production: the users, the workers and the administrators. As a strategy for changes, humanization is oriented by three principles: transversality; the close link between attention and administration in health, the autonomy and the protagonism of the subjects in work processes.

This dissertation has a main objective to analyze the incorporation of the National Humanization Policy in the laboratories of Leishmaniosis, Chagas and AIDS of the Clinical Research Institute Evandro Chagas (IPEC). The survey includes semi-structured interviews with the professionals, users and managers of the three laboratories. Professionals who participated in the application of the method *Démarche*, in the research which this study is part of, were interviewed. This material was used to analyze the potential contribution of the method to the humanization process, since the National Humanization Policy proposes a change in organizational culture and *de demarche* enhances the opportunities for participation and group discussion. The results were discussed according to the method of qualitative analysis of the discourse of the collective subject. The speeches revealed that although most managers and professionals do not know the National Humanization Policy, IPEC develops humanized practices. Although the *démarche* method has a great potential for the creation of collective spaces and communication, the experience in IPEC is recent and we still can not reach definitive conclusions about its contribution to the process of cultural change and humanization, because this demands a greater historical time.

Key-words: Public Health, Humanization, Strategic Management, Health Planning.

1. INTRODUÇÃO

Desde o começo da minha atuação como Nutricionista na rede pública hospitalar há 15 anos, sempre me questioneei sobre os motivos pelos quais os profissionais de saúde se relacionam de forma distanciada dos usuários, muitas vezes se referindo a eles como números de leito, de prontuários ou simples diagnósticos. A relação acontece entre sujeitos e objetos que estão restritos ao leito, vestidos de paciente, despidos da própria identidade.

Em 2007, ingressei no curso de especialização em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ com todas essas indagações, em busca das respostas para as minhas angústias e dúvidas. Participei durante o final dos anos 90 de diversas reuniões sobre humanização no Hospital em que trabalho, mas o nosso cotidiano permanecia o mesmo, profissionais de saúde e usuários descontentes em uma relação não dialógica e improdutiva para ambas as partes.

Em 2009, inicio o Mestrado com a proposta de aprofundar meus estudos sobre o a Política Nacional de Humanização. Este trabalho foi desenvolvido a partir da minha inserção na pesquisa coordenada pela minha orientadora Elizabeth Artmann no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, “Humanização nos Serviços de Saúde: Gestão Estratégica no trabalho, Produção de Saúde e Análise Cultural”.

A luta do movimento sanitário iniciada no final dos anos setenta, por vários setores da sociedade, foi um marco importante na consolidação da saúde como um direito de todos e dever do Estado na Constituição de 1988, quando foi estabelecido como modelo de política de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição de 1988, que se tornou conhecida como a constituição cidadã, a saúde foi então reconhecida como direito de todos e dever do estado, em oposição às concepções neoliberais da década de 80 que sugeriam a redução da presença governamental nas questões econômicas e sociais.¹

A discussão sobre o tema humanização no campo da saúde surgiu no Brasil nos final dos anos 90, resultante de uma crise no SUS: os usuários requerendo maior qualidade no atendimento e os profissionais de saúde, melhores condições de trabalho.²

Na XI Conferência Nacional de Saúde em 2000, o tema escolhido para discussão foi: “ Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com controle social”. Desde então, o conceito de humanização fez parte de um contexto de discussões para a sua implementação no Sistema Único de Saúde, procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde.^{2,3}

Em 2001, o Ministério da Saúde iniciou o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), com a finalidade de desenvolver ações em hospitais com a finalidade de criar comitês de humanização direcionados para a melhoria de atenção ao usuário e mais tarde ao trabalhador.²

O Programa Nacional de Atenção Hospitalar (PNHAH) propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, profissionais entre si e do hospital com a comunidade.⁴

Em 2003, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) , onde verifica-se a ampliação da proposta da humanização, antes restrita à área hospitalar. A humanização é compreendida então, como uma política transversal, com o aumento do grau de co-responsabilidade e do protagonismo dos diferentes atores que constituem a rede SUS na produção do cuidado à saúde, mudança na cultura de atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.⁵

A mudança da cultura da atenção demanda a criação de espaços de discussão do processo de trabalho com participação coletiva na construção de consensos, pois é “É a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem ser efetivamente alteradas²” (p. 392)

Uma cultura de comunicação seria o alicerce para o exercício de uma Clínica de qualidade, onde todos os integrantes da equipe multiprofissional participariam da construção coletiva de projetos terapêuticos⁶.

É através da prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem discutir mutuamente o processo de trabalho, e assim caminhar na construção de um projeto comum pertinente às necessidades dos usuários⁷.

O objetivo geral desse estudo foi analisar a incorporação da Política Nacional de Humanização no laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC)/FIOCRUZ.

Os objetivos específicos são: (a) Levantar as concepções de humanização dos gestores, profissionais de saúde e usuários nos laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS; (b) discutir os espaços de humanização com relação aos usuários; (c) analisar os processos de humanização dos profissionais de saúde nos laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS; (d) analisar a contribuição da Démarche Estratégia para o processo de humanização.

A observação direta da aplicação do método démarche nos laboratórios de leishmaniose, Chagas e AIDS na pesquisa mais ampla no qual o trabalho está inserido, “Humanização nos Serviços de Saúde: Gestão Estratégica no trabalho, produção de saúde e análise cultural”, serviu de material para a análise da potencial contribuição do método para o processo de humanização, visto que o HumanizasSUS propõe uma mudança na cultura da gestão e na produção do cuidado nas organizações de saúde e o enfoque démarche stratégique de Crémadez & Grateau ao promover espaços de participação e discussão coletiva pode contribuir para o aprofundamento do processo de humanização⁸.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Contexto Histórico do Modelo Atual de Atenção na Saúde

Para que possamos entender esta estrutura tão complexa que é o Hospital, iniciaremos pelos seus primórdios, quando o médico não era uma figura presente em sua organização.

Etimologicamente, a palavra “hospital” representa um local para asilo e acolhimento, como os hotéis, hospedarias e abrigos. Os hospitais estavam sob a proteção de ordens religiosas, a primeira designada “Cavaleiros Hospitalários”, eram responsáveis por receber viajantes, necessitados, e doentes sem família⁹.

Assim, até o final do século XVII o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, de separação e exclusão. O pobre doente significava um perigo para a sociedade. Como a sua administração estava sob a responsabilidade dos religiosos, seu objetivo não era a cura do doente, mas a salvação da alma dos excluídos e dos cuidadores. Os hospitais eram então conhecidos como “morredouros”¹⁰.

A prática médica nesta época era de caráter individual, a prática hospitalar estava excluída do ensino da medicina, que começou a se tornar hospitalar a partir do século XVII, quando teve início a reforma dos hospitais marítimos, onde havia tráficos de mercadorias, especiarias trazidas das Colônias. Outro fato importante aconteceu nos hospitais militares, os soldados altamente treinados precisavam ser salvos, pois sua morte custaria um preço muito alto para o exército. Além disso, a redução do poder da igreja e a medicina já legitimada como saber e ciência, torna o hospital como centro do saber, local de pesquisa e ensino médico. O corpo biológico torna-se instrumento de aprendizado para o exercício da boa medicina¹⁰.

O hospital torna-se assim um espaço privilegiado para o exercício da medicina, seja com a finalidade de cura ou de ensino. A saúde substitui a salvação da alma dos pobres e miseráveis que estavam sendo preparados para a morte¹¹.

As origens das práticas médicas atuais remontam o século XVII com a revolução cartesiana. A visão positivista de Descartes influenciou profundamente a Medicina Ocidental, surgindo assim a concepção reducionista da doença, vinculada a fenômenos biológicos e dissociada dos aspectos sociais, psicológicos e ambientais¹².

O filósofo e matemático René Descartes (1596-1650) no seu Discurso do Método formulou as regras que se constituem os fundamentos de seu novo enfoque sobre o conhecimento e que persistem hegemônicos no raciocínio médico até hoje, principalmente a segunda regra que determinava separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quanto possíveis e que sejam requeridas para solucioná-la¹³.

A partir do século XIX através do surgimento das novas e complexas tecnologias médicas, técnicas cirúrgicas, antibióticos, vacinas e medicamentos, verificou-se ainda mais o fortalecimento do modelo biomédico, no qual o ser humano é considerado um máquina que passa a ser analisada segundo o funcionamento de suas peças, cabendo ao médico intervir e consertar o defeito.

Assim há mais de quatro séculos predomina a visão do corpo como máquina em detrimento do aspecto social, biológico, histórico, coletivo e singular: “Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação aquilo que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses”¹¹ (p. 7)

Podemos então, afirmar que:

No referencial científico habitual há uma tendência de considerar o corpo como uma máquina e uma patologia como um mau funcionamento, no lugar de um corpo complexo, emocional, em constante mudança, e a patologia como forma de comunicação, ou ao menos, sofrimento com representação psíquica particular¹⁴. (p.15)

Esse modelo é disseminado principalmente nas Escolas de Medicina, formando profissionais que se tornam condicionados a desenvolvê-lo na sua prática clínica. Um dos grandes exemplos foi o Relatório Flexner, publicado em 1910 que

serve de base para o ensino de medicina nos Estados Unidos até os dias atuais, de cunho científico e mais especializada e centrada nos hospitais¹².

Diante deste quadro, na década de 50 nos Estados Unidos iniciou-se uma discussão sobre a medicina integral que fazia duras críticas aos currículos de base “flexneriana”, que eram baseados na medicina científica, com sua visão reducionista do corpo humano. Ocorreram assim reformas curriculares nas escolas médicas americanas. No Brasil, a medicina integral esteve relacionada à medicina preventivista, origem do movimento sanitário dos anos 70 e 80. Não houve no Brasil uma ampla reforma nos currículos das escolas médicas, pois para o Movimento Sanitário, as práticas médicas reducionistas tinham como principal causa as mudanças na relação de trabalho, devido ao crescimento do complexo médico industrial, ou seja, a crise de uma Medicina tipicamente liberal e o crescente assalariamento dos médicos¹.

Vivemos em uma sociedade em que o Modelo Biomédico está enraizado em nossa cultura e como um dogma para a medicina¹². A mudança deste paradigma implica uma completa transformação social e cultural. Até mesmo os usuários internalizaram o conceito da medicalização, esperam muitas vezes que o médico prescreva imediatamente o remédio para o alívio de suas dores físicas, duvidando da capacidade técnica daqueles profissionais que buscam pelas raízes de seu sofrimento, que primam pelo diálogo, pela conversa, pela análise de todos os fatores que envolvem a enfermidade que o acomete.

Assim chegam ao mercado de trabalho, profissionais de saúde, moldados pela visão biomédica, centrados no corpo físico e incapazes de perceber o outro como sujeito singular, com sua própria historicidade: “Isso, porque, se estamos sob a dominação do paradigma cognitivo, que prevalece no mundo científico, o sujeito é invisível, e sua existência é negada¹⁵”. (p. 128)

O conhecimento médico, da saúde pública tem sido sistematicamente marcado pelo apagamento do sujeito. A hegemonia do conhecimento médico sempre tendeu a transformar sujeitos em leis biológicas e químicas. Na concepção do modelo vigente, a saúde se restringe à mera “ausência de doença”, e seus determinantes são restritos a fatores biológicos em detrimento dos fatores sociais, não sendo considerado o contexto onde acontece o processo saúde-doença¹⁶.

O modelo biomédico centrado nos procedimentos padronizados referidos às doenças, tende a se tecnificar e desumanizar, diminuindo o potencial terapêutico da própria medicina: “Além disso, essa perspectiva reforça a ênfase, hoje vigente, no uso da tecnologia biomédica dura, obscurece a importância da relação médico-paciente e secundariza a terapêutica em favor do diagnóstico...”¹⁷ (p. 367).

Os grandes progressos da medicina, como a descoberta dos antibióticos, são incontestáveis, mas as tecnologias das inter-relações foram esquecidas:

Tratar a doença com um Ser com identidade própria é a base que autoriza um profissional de saúde a intervir em casos concretos. O problema ocorre quando este Ser da Doença substitui completamente o Ser realmente existente e perde-se a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso⁶.
(p. 64)

O Modelo hegemônico levou ao desenvolvimento da medicina científica, centrada no patológico, na doença em detrimento das causas sociais, emocionais e individuais. Ocorreu a “medicalização” da sociedade, ou seja, a prática da medicina científica se tornou onipresente em nossa sociedade¹⁸.

A prática predominante é a tendência à exclusão do outro, no momento do encontro, ou seja, na consulta médica ou na visita ao leito na internação, não ouvimos, não enxergamos. É muito freqüente no ambiente hospitalar, a visita ao paciente por uma equipe de médicos que discutem o quadro patológico do paciente, as condutas clínicas na frente dele, sem sequer ter o mínimo de sensibilidade para aquele sujeito que ali se encontra com suas inquietações, medos e solidão.

A Medicina Científica busca pelo corpo doente, e se afasta da pessoa, não cria vínculos afetivos e emocionais, o desenvolvimento científico-tecnológico reforça a possibilidade de uma prática quase sem a participação do doente¹⁹.

Vivemos o tempo da individualidade, da alta velocidade, da escassez de tempo, de novos conhecimentos que surgem a cada minuto, a rapidez engole distâncias e cria uma nova percepção de mundo, que está fadada a tornar-se rapidez nos

encontros, em especial entre profissional de saúde e usuário, são consultas rápidas, prescrições imediatas sem troca de olhares e de palavras¹⁴.

Nessa circunstância, quando o usuário busca junto ao profissional de saúde uma resposta para o seu sofrimento, para sua dor é que acontece a produção do trabalho em saúde, que é constituído por três tipos de tecnologias: duras (máquinas e instrumentos); leve-duras (conhecimento técnico) e leves (aspecto relacional)²⁰.

É primordial buscar uma nova dialética entre sujeito e doença⁶, sem desconsiderar a relevância do uso das tecnologias duras na produção do trabalho da saúde:

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos, estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção²⁰ (p. 49).

O cuidado deve ser designado como uma atenção à saúde que considera o sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e também por conseguinte das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. É necessário o diálogo entre as partes interligadas, o profissional de saúde e o usuário, que permite uma maior autenticidade e efetividade do encontro terapêutico²¹.

Uma clínica do viver intenso precisa de órgãos, mas também de um corpo sem órgãos para poder atravessá-los, a clínica na humanização surge como um ato de encontro e de ressingularização por alteridade²².

A dimensão subjetiva do profissional provoca impacto sobre a forma que ocorre a relação entre profissionais e usuários do setor saúde, sendo esta relevante para a humanização da assistência à saúde²³.

No final dos anos 90 surgiram inúmeros debates acerca do tema “humanização” na área da saúde, decorrente da insatisfação dos usuários e dos profissionais de saúde. Emerge assim uma realidade no qual a mídia divulga aspectos negativos do atendimento, corroborada pela publicação de diversos trabalhos acadêmicos².

Nesse momento, há uma necessidade crescente do resgate da subjetividade e do diálogo entre profissional de saúde e usuário²⁴.

Tendo em vista o quadro de crise relacional entre os trabalhadores e usuários do SUS, que já vinha se configurando há algum tempo, em 2000, o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e em 2004 publica a Política de Humanização em Saúde no Brasil (HumanizaSUS).

2.2 A Política Nacional de Humanização

Historicamente a luta pela humanização na saúde foi uma preocupação em vários países do mundo, nos anos 70 com o início dos debates acerca dos direitos do paciente, as práticas humanizadoras em saúde começaram efetivamente a ser consideradas importantes. Em 1972, o Hospital Mont Sinai, situado em Boston nos Estados Unidos, emitiu a primeira manifestação acerca dos direitos dos pacientes reconhecida pela literatura²⁵.

Neste mesmo ano, o simpósio Humanizing Health Care (Humanizando o cuidado em Saúde) aconteceu em São Francisco e foi um marco do debate sobre Humanização. Discutiu-se os conceitos de humanização ou desumanização dos cuidados em saúde, o papel de fatores estratégicos para a (dês) humanização do cuidado, relacionando-os à relação médico-paciente, à formação médica, à comunicação e acesso à informação no processo terapêutico, às relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisão; aos fatores psicológicos e subjetivos envolvidos²⁶.

No ano seguinte a Associação Americana dos Hospitais lança a Carta dos Direitos dos Pacientes, cuja revisão foi feita em 1992. Em 1979, a Comunidade Européia divulgou a “Carta do Doente Usuário de hospital e em 1984 o Parlamento Europeu adotou a Carta Européia dos Direitos do Paciente, que abordava o direito do paciente a informação sobre o tratamento e o prognóstico, o acesso ao prontuário médico e ao consentimento ou recusa a submissão a tratamentos²⁵.

No Brasil, a luta pela humanização das práticas de saúde teve origem no movimento feminista da década de 60 do século XX em torno do debate da saúde da mulher. Entre os anos de 1960 e 1980 uma série de mudanças foi sendo instituída².

Após anos de luta de vários setores da sociedade brasileira nas décadas de setenta e oitenta por um Sistema de Saúde Único e Universal, ficou estabelecido nas Constituição de 1988 que a Saúde é um direito de cada cidadão assegurada mediante políticas sociais e econômicas.

Um pouco antes, em março de 1986, aconteceu a 8ª Conferência de Saúde cuja Comissão Organizadora tinha como presidente o médico Antônio Sérgio da Silva Arouca, na época presidente da FIOCRUZ e formada por parlamentares, representantes de entidades sindicais de trabalhadores e empregadores, órgãos de classe dos profissionais de saúde, partidos políticos, instituições públicas envolvidas com a área da saúde e entidades representativas da sociedade civil.

Seu tema principal era a saúde como direito inerente à cidadania; a reforma do Sistema Nacional de Saúde segundo os princípios de universalização, participação e descentralização; a integração orgânico-institucional; a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, territórios e municípios) na prestação de serviços de saúde; e o financiamento do setor saúde^a.

Em 2006, é aprovado o Pacto pela Saúde, composto pelo pacto pela vida, pelo SUS e pela Gestão com o objetivo de avançar no desenvolvimento de um Sistema de Saúde mais equânime. No pacto pela vida, através de indicadores epidemiológicos são traçadas metas para o atendimento de grupos populacionais mais vulneráveis, combate a doenças emergentes e de incentivo a implantação da política da promoção da saúde. No pacto pelo SUS, busca-se o fortalecimento deste como política de Estado e definição das regras do financiamento para a saúde, incluindo a aprovação da emenda 29. O pacto pela gestão tem como diretrizes a regionalização, a criação de uma política de recursos humanos, com a valorização dos trabalhadores da saúde, criação de plano de cargos e salários, desenvolvimento de uma política de educação permanente, que faça destes protagonistas do processo de trabalho²⁷.

Este foi um breve histórico desde a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Mas onde a Política de Humanização se encaixa neste contexto? Ao final da década de 90 surge uma grande discussão sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados no Brasil, eram usuários insatisfeitos com o atendimento, os trabalhadores de saúde descontentes com as condições do exercício de sua prática profissional.

^a Disponível em http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/conferencia_nacional.htm

Apesar dos inúmeros avanços no campo da saúde pública no Brasil a partir da criação do SUS, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho causavam cada vez mais tensões na relação entre profissionais de saúde e destes com os usuários, caracterizada pela despreparo em lidar com as subjetividades da produção do trabalho em saúde²⁸.

Na busca por uma solução para esta crise, no ano 2000 a 11ª Conferência de Saúde teve como tema “*Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*”. Ela foi a primeira conferência em que apareceu o tema da humanização na atenção à saúde. O seu relatório enfatiza que para a Humanização do cuidado prestado aos usuários deveria haver uma melhoria da qualificação técnica da assistência e maior disponibilidade de recursos materiais. Enfatiza que a prática de saúde não se torna humanizada somente através do resgate do diálogo entre os profissionais de saúde e usuários, mas que está intimamente relacionada à melhores condições de trabalho²⁹.

No final dos anos noventa também ocorrem mudanças nas relações trabalhistas e instabilidade das formas de contratação e inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, como por exemplo a terceirização dos serviços assistenciais em hospitais públicos por cooperativas de profissionais de saúde³⁰.

Em maio de 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que surgiu a partir da identificação de um “número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais.” Nesse primeiro momento, constituía uma política ministerial que se destinava a promover uma nova cultura de atendimento à saúde. Sua finalidade principal era o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais e entre hospital e a comunidade, visando a melhoria e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições⁵.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar tinha por objetivos⁴:

- Fortalecer todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública e melhora a qualidade e eficácia da atenção oferecida aos usuários;

- Tornar as instituições hospitalares públicas mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade;
- Difundir uma nova cultura de humanização e capacitar os profissionais para um novo conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área;
- Desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados e sistema de incentivos ao serviço de saúde humanizado.

Nesta mesma época foram criados outros programas pelo Ministério da Saúde com ações “humanizantes” buscando uma melhor qualidade de atendimento ao usuário: Carta do Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção humanizada de Recém-nascido de baixo peso – Método Canguru (2000). O conceito de humanização estava então estreitamente vinculado à boa qualidade de atendimento ao usuário e a sua satisfação ².

Inicialmente o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar tinha por objetivo criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e ao trabalhador. Neste cenário, a humanização fazia parte das reivindicações principais de usuários e trabalhadores, mas era banalizada pela grande maioria de gestores e profissionais de saúde ².

Na análise dos textos oficiais do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), o conceito de humanização aparece como oposição à violência na produção do trabalho em saúde, pela superação da negação do outro e pelo reconhecimento da alteridade, pela capacidade de oferecer um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Nos documentos oficiais, o conceito de humanização é também relacionado à melhoria das

condições de trabalho, enfatizando-se a relevância da ampliação do processo comunicacional, através da criação de espaços de comunicação que facultem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito a diversidade de opiniões e a tomada de decisões coletivas³.

A partir de 2003, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar foi substituído pela Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), que apontou para a necessidade de se definir a humanização como uma política de governo presente em todas as ações. Ela surge como uma estratégia política e gerencial para diminuir a imensa distância existente entre os direitos constitucionais e a prática cotidiana dos serviços públicos de saúde.

A Humanização passa a ser considerada não mais como programas ou ações isoladas que foram realizadas a partir do ano 2000, mas como uma política transversal que permeia todas as instâncias do Sistema Único de Saúde²⁸.

Os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização são: valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS; fortalecimento do trabalho da equipe multiprofissional; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente; valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho²⁸.

No mesmo documento são descritos alguns parâmetros para orientação a implementação de ações. Na atenção hospitalar são propostos dois níveis (B e A), para a adesão ao PNH. Os parâmetros para o nível B são: existência de grupo de trabalho de humanização; garantia de horário de visita ao paciente; mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários, mecanismos de escuta para a população e trabalhadores, existência de mecanismos de desospitalização; garantia de continuidade de assistência; participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente; promoção de

atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde (qualidade de vida no trabalho); organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão. No nível A, além dos apontados anteriormente, o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) já terá um plano de trabalho implantado; ouvidoria já funcionando; conselho de gestão participativa com funcionamento adequado; existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (pronto-atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia; existência de um Projeto de Educação Permanente para os trabalhadores, com temas permeados pelos princípios e conceitos da Humanização/PNH²⁸ .

A PNH destaca-se como eixo articulador de todas as práticas de saúde, enfatizando a subjetividade presente em qualquer ação humana, englobando a criação de uma nova cultura de atendimento baseada na comunicação, na ampliação do processo comunicacional que é considerada sua condição básica²⁸ .

No documento Oficial do HumanizaSUS, a humanização supõe a troca de saberes (incluindo os dos usuários e de sua rede social), diálogo entre os profissionais, modos de trabalhar em equipe, baseado em construções coletivas e na criação de consensos²⁸.

Nas estratégias gerais da Política Nacional de Humanização, no eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o auto-desenvolvimento e o crescimento profissional²⁸ .

A proposta de humanização supõe um modelo de gestão colegiada e participativa, baseada numa cultura de comunicação. O espaço das relações entre usuários e profissionais, entre os profissionais das diferentes equipes e especialidades, entre os mais diversos serviços de organizações de saúde, é o local privilegiado do surgimento de uma nova cultura de humanização⁸ .

As mudanças propostas pela Política Nacional de Humanização podem ser compreendidas como formas de ação social que derivam do consenso entre os atores.

Neste sentido o enfoque Démarche Estratégica poderia ser um instrumento potencializador da humanização hospitalar numa cultura em transição.

2.3 O Enfoque Démarche Estratégica

O enfoque démarche stratégique foi inicialmente utilizado na definição da missão do Centro Hospitalar Regional Universitário (CHRU) de Lille, norte da França, tendo sido idealizado por M. Crémadez e F. Grateau e trazido originalmente ao Brasil por Rivera em 1997, em seu artigo intitulado “ O enfoque de integração estratégica de Crémadez e Grateau e a gestão de recursos tecnológicos e humanos³¹”.

O significado do termo démarche é relativo a processo, trâmite, gestão, poderia então ser traduzido como gestão estratégica. Inicialmente o método foi elaborado para o setor público, a partir do sistema de saúde público francês³⁵. Este método se utiliza de elementos da microeconomia, do campo da estratégia e da política, da área de desenvolvimento organizacional e cultural. Sua elaboração tem como base autores com Henry Mintzberg (1982), Michel Crozier e Erhard Friedberg (1977), Michel E. Porter (1982), Maurice Thevènet (1993), dentre outros³².

A démarche visa definir racionalmente a missão de hospitais a partir do contexto demográfico/ organizacional e epidemiológico da organização hospitalar. A elaboração da missão institucional será realizada mediante uma negociação com o ambiente externo, incluindo outros hospitais da região. O método caracteriza a organização com uma capacidade pró-ativa e atuação dinâmica sobre o ambiente³².

As premissas teóricas da démarche strategique consideram as principais características de uma organização profissional, constituída por um conglomerado de unidades independentes altamente especializadas na qual o trabalho é coordenado por ajustamento mútuo e a tecnoestrutura tem fraco poder de ingerência sobre os processos operacionais³³.

As organizações de Saúde apresentam características próprias, autonomização dos centros operacionais, rompendo o elo de ligação com a direção estratégica; a atomização das estruturas internas devido a especialização do trabalho e a

desconsideração relativa da ambiência externa em decorrência de uma supervalorização interna. Considera que uma organização se constitui de um número significativo de unidades independentes especializadas, reunindo saberes e autonomia pra tomarem suas próprias decisões, se diferenciando por terem normas e procedimentos próprios. A segunda característica está relacionada a preponderância do relacional na qual o trabalho é coordenado por ajustamento mútuo, com relações informais e espontâneas entre os responsáveis, que através da padronização das profissões e da socialização em sociedades especializadas constitui um acúmulo de saberes, métodos e comportamentos enfraquecendo o sentido de pertencer a uma determinada organização. A terceira diz respeito á debilidade da tecno-estrutura que tem trazido poder de negligência sobre os processos operacionais da organização. A quarta trata da logística e diz que a coordenação é processual e se efetiva de maneira centralizada. A última característica se relaciona a ausência de linha estratégica rígida, ou seja a direção não tem capacidade e em competência pra dirigir os chefes dos vários serviços. Atua indiretamente por meio da tecno-estrutura e dos serviços funcionais e/ou através de acordos³⁴.

Em decorrência dessas características, a gestão estratégica traz como proposta a transformação de uma prática decisória de natureza não participativa para um modelo no qual a direção estratégica e os serviços de ponta trabalham com um objetivo comum para a construção de projetos coletivos. É criada assim uma rede de solidariedade, baseada na transparência, no compartilhamento de informações, na reconstrução dos diferentes domínios de atividades, explorando as potenciais sinergias, na construção da pedagogia de avaliação, na introdução do raciocínio de custos de oportunidades e na captação de recursos adicionais por meio de projetos³².

Os principais objetivos da démarche são³¹:

- Promover um elo entre a gerência estratégica e os centros assistenciais, por meio da comunicação;
- Definir a missão do hospital de acordo com o critério de oportunidade;
- Permitir que as organização hospitalar se torne um local de comunicação entre os vários atores, para a construção de um projeto coletivo;
- Favorecer a integração do hospital numa rede integrada de serviços;
- Promover um processo de transformação cultural progressiva.

A démarche questiona uma visão monolítica da excelência, no qual uma organização hospitalar é responsável pela prestação de atendimento nas mais variadas especialidades, apoiando-se numa estratégia microeconômica. A melhor estratégia para que um estabelecimento possa obter vantagens comparativas é a diferenciação³⁵.

Assim transforma-se a concorrência frontal em colaboração, através da determinação das competências distintas de cada hospital e da negociação das missões entre os diferentes estabelecimentos, possibilitando um maior acesso da população a serviços diferenciados e de alto nível de qualidade³⁶.

As etapas do método são as seguintes³⁶:

- **Análise do existente:** corresponde ao diagnóstico administrativo e médico. O diagnóstico administrativo é do tipo tradicional, com informações como o tempo médio de permanência, número de ingressos, equipe médica e paramédica, estrutura física, perfil de demanda. O diagnóstico médico abrange: a relação de patologias atendidas e a de tecnologias utilizadas por cada especialidade médica, de acordo com o grau de complexidade; o cruzamento entre patologias e tecnologias e a relação das modalidades de atenção. Essa fase diagnóstica engloba também a relação de concorrentes e dos parceiros e o desenho da rede de cuidados. O objetivo principal dessa fase é proporcionar elementos para a etapa seguinte, que consiste na segmentação dos serviços.
- **A segmentação:** corresponde à definição dos principais agrupamentos homogêneos de atividades, considerados como aqueles que apresentam a mesma problemática estratégica; Esta fase é uma análise de vários critérios de cada segmento, como: as patologias apresentadas pelos pacientes, as características do processo de atendimento, as competências necessárias (grau de sofisticação dentro da especialidade), a concorrência, tipo de população envolvida, o lugar da atividade na rede de cuidados (urgência, diagnóstico, atenção, acompanhamento, educação sanitária, prevenção).
- **Análise do valor de cada segmento:** corresponde à análise do valor e da posição competitiva de cada um dos segmentos resultantes dos agrupamentos das atividades. O objetivo central da análise de valor é hierarquizar os segmentos

através de uma ponderação de critérios e de uma notação relativa. Esta fase utiliza uma série de critérios como o estado atual e as perspectivas do mercado; as barreiras à entrada de novos concorrentes, as sinergias, o grau de motivação interna, as oportunidades do ambiente e as potencialidades de cada segmento. Após a definição do peso de cada critério, procede-se a um sistema de notação (0 a 20). Esta nota é obtida através de consenso e corresponde a uma visão prospectiva de como cada segmento se comportaria em relação a cada critério.

- **Análise da posição competitiva:** corresponde à identificação dos fatores-chave de sucesso (FCS) e ao grau de controle relativo que o hospital tem sobre eles. Os FCS são utilizados para avaliar a capacidade de se obter bons resultados em cada um dos segmentos, ao atender à demanda do serviço segundo critérios de quantidade e qualidade.
- **A construção do portfólio de atividades:** considerado um documento importante para a definição da estratégia geral de atuação ou dos objetivos específicos em face dos segmentos. É um gráfico cuja abscissa está representada pela posição competitiva do estabelecimento e a ordenada pelo valor dos segmentos. Uma terceira variável do portfólio é o volume da produção dos segmentos, que corresponde ao tamanho das bolhas, que representam os segmentos no gráfico.
- **O Plano de Ação:** visa atingir os objetivos da estratégia, a partir de três possibilidades: priorizar o desenvolvimento de um segmento; estabilizar o segmento; reduzir o recrutamento da clientela ou recortar o segmento. A definição dos indicadores de monitoramento é o produto final do processo que permitirá acompanhar as mudanças propostas pelo plano.

Através da proposta da formação de uma nova cultura organizacional, a Démarche Estratégica implica a responsabilização dos atores envolvidos através do desenvolvimento de processos comunicativos e de negociação internos e externos, permitindo assim contrabalançar a configuração típica das organizações profissionais, caracterizadas pela alta autonomia dos centros operacionais e da grande diferenciação entre equipes, serviços e componentes organizacionais³⁷.

A aplicação da démarche demanda a articulação de um coletivo em torno de um projeto único que considere a rede de cuidados, permitindo a indissociabilidade entre a atenção e a gestão, através da implementação de reuniões colegiadas enseja uma comunicação ampla a serviço de uma mudança cultural ³⁸.

O HumanizaSUS propõe uma mudança na cultura da gestão e na produção do cuidado nas organizações de saúde, o enfoque démarche stratégique de Crémadez & Grateau ao promover espaços de participação e discussão coletiva pode contribuir para o aprofundamento do processo de humanização⁸.

3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

O trabalho está inserido em uma pesquisa mais ampla coordenada pela pesquisadoras Elizabeth Artmann e Elida Hennington no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC): “Humanização nos Serviços de Saúde: Gestão Estratégica no trabalho, produção de saúde e Análise Cultural” nos laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS, iniciada em 2007.

Esta pesquisa seguiu as recomendações da resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos e foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP).

O projeto maior no qual está inserido, coordenado pela pesquisadora Elizabeth Artmann no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) “Humanização nos Serviços de Saúde: Gestão Estratégica no trabalho, produção de saúde e Análise Cultural”, foi aprovado pelos Comitês de Ética da ENSP em 09/5/2007 (parecer nº 60/07 CAAE 0060.0031.000.07) e do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas em 29/11/2007 (parecer nº 048/07 CAAE 0060.0031.009-07).

3.1 Local da pesquisa

Com as denominações sucessivas de Hospital de Manguinhos, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital Evandro Chagas e Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas, o atual INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS - IPEC, foi planejado pelo próprio Oswaldo Cruz, pelos anos 1910-12 e teve sua construção concluída um ano após sua morte.

O Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC/FIOCRUZ) situa-se no campus da Fundação Oswaldo Cruz no bairro de Manguinhos, município do Rio de Janeiro. Possui atualmente cerca de 740 funcionários entre servidores públicos e terceirizados. Sua estrutura organizacional é composta pela Direção, Vice-direção de Ensino, Pesquisa Clínica e Serviços de Referência; Gestão e Desenvolvimento Institucional; Departamento de Administração; Centro Hospitalar (internação, ambulatório e Hospital-dia) e os laboratórios.

A missão do IPEC é : “Contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira através de ações integradas de pesquisa clínica,desenvolvimento tecnológico, ensino e assistência de referência na área de doenças infecciosas.”

O Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas desenvolve as seguintes atividades: Pesquisa e Ensaio Clínicos, Atividades assistenciais (hospital de referência em doenças infecciosas) e de Ensino de Pós-graduação lato sensu (Capacitação, Aperfeiçoamento, Residência e Especialização) e Stricto Sensu (Mestrado e Doutorado).

Para a realização de pesquisa foram selecionados os laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS, por serem uma importante estratégia para a missão do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), por apresentarem maior produtividade em pesquisa em termos de produção assistencial e de pesquisa na Instituição e estarem inseridos na pesquisa mais ampla “Humanização nos Serviços de Saúde: Gestão Estratégica no trabalho, produção de saúde e Análise Cultural”.

3.2 Levantamento de Informações

O universo desta pesquisa abrangeu os usuários, profissionais de saúde e gestores dos Laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) da Fundação Oswaldo Cruz, e os objetivos que a nortearam foram:

- Levantar as concepções de humanização dos gestores, profissionais de saúde e usuários nos laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS;
- Discutir os espaços de humanização com relação aos usuários;
- Analisar os processos de humanização dos profissionais de saúde nos laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS;
- Analisar a contribuição da Démarche Strategique para o processo de humanização.

Os fundamentos teóricos que demarcaram a opção metodológica se inserem no campo da pesquisa qualitativa.A abordagem qualitativa responde a questões muito

particulares, ela trata de um nível da realidade que não pode ser quantificado, ou seja, o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças dos valores e das atitudes³⁹.

A metodologia qualitativa parte dos seguintes pressupostos ⁴⁰ (p. 34):

- da concepção da existência de fato do mundo real do qual nos apropriamos e atribuímos um significado num contexto determinado para nós;
- do entendimento de que a realidade social não é um conjunto unitário, mas uma diversidade de processos sociais que atuam concomitantemente, “em temporalidades diferenciadas, compondo, esses, sim uma totalidade”.
- da consideração de que a sociedade não é apenas um somatório de indivíduos e que “a atuação grupal não é uma soma de ações individuais”.

Assim os estudos de caso evidenciam:

Ligações causais entre intervenções e situações da vida real; o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre; o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo; o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção⁴¹ (p.164).

Os objetivos principais dos estudos de caso são: compreender a relação entre as estruturas de relevância e um evento por parte de um grupo específico; permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; esclarecer os fatores que interferem em determinados processos⁴¹.

A investigação se desdobrou em duas etapas: a fase exploratória e o trabalho de campo.

A fase exploratória consistiu na consulta da documentação relativa a Política Nacional de Humanização (relatórios, cartilhas e artigos editados pelo Ministério da saúde), livros e artigos científicos que contemplam temas como: Política Nacional de

Humanização, Démarche Estratégica, Humanização, processo de trabalho, cultura organizacional, gestão participativa, gestão estratégica. Serão utilizados também os resultados da pesquisa no qual o projeto está inserido: “Humanização nos Serviços de Saúde: Gestão estratégica no trabalho, produção de saúde e análise cultural”.

A segunda etapa da pesquisa, o trabalho de campo, foi constituída de observação direta das reuniões de aplicação do método démarche e de entrevistas com os usuários, os profissionais que praticam atividades de assistência e pesquisa, as chefias e profissionais dos laboratórios de leishmaniose, chagas e AIDS que participaram da aplicação do enfoque démarche strategique.

A observação direta é uma parte essencial da pesquisa qualitativa, para alguns autores ela é mais que uma estratégia no conjunto da investigação das técnicas de pesquisa, ela pode ser considerada um método, que permite a compreensão da realidade. Ela é um processo no qual o pesquisador se torna um observador de uma dada realidade, com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa ³⁹.

A técnica da entrevista tem por objetivo a construção de informações relevantes para um objeto de pesquisa e abordagem pelo entrevistador. A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, no qual o entrevistado fala sobre o tema sem se prender a indagação formulada ³⁹.

As entrevistas foram conduzidas por três roteiros de perguntas distintos para usuários, profissionais de saúde e gestores, escolhidas em função das questões que nos interessaram na análise em pauta. A escolha deste tipo de entrevista semi-estruturada aberta deveu-se à intenção de valorizar a presença do investigador ao mesmo tempo em que o entrevistado tivesse também a liberdade expressão.

Roteiro de Entrevistas

Usuários

- a) Para Sr (a), o que é ser bem atendido?
- b) O que acha do atendimento no IPEC?
- c) Como é a sua relação com os diversos profissionais de saúde?
- d) O fato do IPEC ser uma Instituição de Pesquisa interfere no atendimento?

e) Participa de reuniões, grupos com a equipe de saúde?

Profissionais de saúde

- a) O que entende por humanização?
- b) Conhece a Política Nacional de Humanização?
- c) Acha que o IPEC presta um bom atendimento aos usuários?
- d) Identifique ações, projeto humanizantes no IPEC
- e) Qual é o papel dos usuários e dos profissionais de saúde na Política de Humanização?
- f) Quais as formas de diálogo existentes entre a equipe do laboratório e a direção?
- g) A característica do IPEC ser uma Instituição de Pesquisa traz uma questão específica para o atendimento?
- h) Você acha que a démarche foi um espaço de discussão importante?

Gestores

- a) Na sua opinião qual é a missão do laboratório?
- b) Qual é o papel do gestor e dos profissionais de saúde frente a missão?
- c) A característica do IPEC ser uma Instituição de Pesquisa traz uma questão específica para o atendimento?
- d) Quais são os espaços de discussão existentes no laboratório?
- e) Acha que a démarche foi um espaço de discussão importante?
- f) O que entende por humanização?
- g) Conhece a Política Nacional de Humanização?
- h) Identifique ações, projeto humanizantes no IPEC

As entrevistas foram realizadas gravadas num aparelho de MP4, transcritas pela própria pesquisadora e em seguida analisadas sob a perspectiva qualitativa abaixo descrita. Foram entrevistados 40 usuários, 14 profissionais de saúde e as três chefias dos laboratórios, no período de maio a setembro de 2010.

3.3 Análise dos Resultados

Os resultados das entrevistas, foram analisadas por meio do método do Discurso do Sujeito Coletivo, que tem como base a teoria da Representação Social e consiste na análise do material verbal coletado de cada um dos depoimentos ⁴².

É importante destacar que a coleta de dados ou opiniões não tem relevância em termos quantitativos para esse caso e a escolha dos profissionais de saúde e chefias entrevistados foi estritamente qualitativa, em função da sua posição, representatividade e importância para a experiência em análise. Um dos critérios de escolha das chefias foi a participação da aplicação da démarche nos laboratórios. Em relação aos usuários, as entrevistas foram realizadas até a saturação das respostas.

A análise dos discursos foi realizada em duas etapas, primeiro os discursos foram construídos se reunindo as entrevistas dos três laboratórios. Na segunda etapa foram analisados os discursos específicos de cada laboratório em algumas questões, que revelaram as suas peculiaridades.

4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E CONSTRUÇÃO DE DISCURSOS COLETIVOS

4.1 Discurso do método de Análise de discursos

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, no qual os depoimentos são transcritos sob a forma de um ou mais discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expressando assim o pensamento de uma coletividade⁴³.

A seleção dos trechos mais significativos das respostas, as expressões-chave, é realizada através de cada resposta individual. Assim, a partir do material das expressões-chave das idéias centrais são elaborados os discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, os chamados DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece na forma de um discurso individual⁴³.

Esta abordagem metodológica, parte do pressuposto de que o significado e a intencionalidade ocupa lugar de destaque na pesquisa social e estão presentes naturalmente nos discursos e falas dos atores. Após a transcrição das entrevistas, os dados serão organizados através da adaptação de quatro “figuras metodológicas”⁴² :

- a) Idéia Central: procura-se traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado, através da identificação da (s) idéias (s) central (is) de cada depoimento.

- b) Expressões-chave: são partes dos depoimentos literalmente transcritas que representam a essência do conteúdo discursivo e permitem uma comparação com as afirmativas reconstruídas na forma de idéias centrais ou ancoragens. São a matéria prima para a elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo ou Discursos dos Atores coletivos.
- c) Discurso do Sujeito Coletivo: é considerada a principal figura metodológica, busca tornar mais clara uma representação social ou um conjunto delas, que conforma o imaginário de um grupo de pessoas ou atores sociais. É feita a reconstrução através de fragmentos de discursos individuais de quantos discursos-síntese sejam necessários para expressar uma forma de pensar sobre determinado fenômeno.
- d) Ancoragem: todo discurso está ancorado ou alicerçado em determinados pressupostos, hipóteses, teorias ou conceitos e ideologias que podem expressar-se através de marcas lingüísticas claras pelo ator ou estar inconscientes nas práticas cotidianas dos profissionais. Para os autores, uma das principais funções das Representações Sociais seria a de “ancorar” os fatos da vida cotidiana em discursos, justificativas que tragam sentido para os indivíduos que os vivenciam.

4.2 Apresentação e Análise dos Resultados

Na presente análise, selecionamos as principais ancoragens e/ou idéias centrais presentes em cada depoimento de usuários, profissionais de saúde e gestores dos laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS, relativas a cada questão do roteiro de entrevistas, classificando-as nas diferentes categorias encontradas e, em seguida reconstruídos de forma sintética, cada discurso a partir de fragmentos das falas dos diversos sujeitos/atores.

Análise dos Discursos dos Usuários

Na primeira questão: “Para o Sr (a) o que é ser bem atendido?”, pudemos identificar cinco de categorias de discursos, a seguir apresentados.

- a) Discurso afirmando que atender bem está relacionado à duração do atendimento e a capacidade de escuta do médico.

Idéia Central

É receber bem e examinar com tempo, prestar atenção no que você tá falando, explicar direito o que você pergunta.

Discurso do Sujeito Coletivo

É você chegar no hospital e ele receber a pessoa, ficar quase uma hora examinando a pessoa. É ser ouvida, é o médico conversar com você, perguntar pra você o que realmente ta sentindo e explicar o máximo que você possa entender.

b) Discurso de que um bom atendimento é baseado na educação e respeito do profissional de saúde em relação ao paciente.

Idéia Central

É ser tratado com atenção , educação, respeito e dignidade.

Discurso do Sujeito Coletivo

É não ser ignorante, é ser tratado com atenção, educação, carinho e dignidade. Porque às vezes a gente se senta aqui para ser bem atendido e o profissional nem te dá bom dia ou boa tarde, muitas vezes ele nem olha no seu rosto. A gente chegar no hospital e ser mal atendida, não ter aquela atenção que a gente precisa, a gente sai pior do que a gente chegou.

c) Discurso de que atender bem esta relacionado a não esperar muito pela consulta do profissional de saúde.

Idéia Central

É ser atendido na hora certa, rápido e bem.

Discurso do Sujeito Coletivo

É não demorar muito pra atender, ser atendido na hora certa, não é largar você em cima de um banco. É chegar e depois o médico não demorar muito a atender e a gente ir embora. Acho isso importante, porque às vezes a gente espera aí e a gente fica, fica....

d) Discurso de que atender bem está relacionada a medicação e a cura da doença

Idéia Central

É tomar o remédio pra doença não evoluir e ficar curado.

Discurso do Sujeito Coletivo

É chegar aqui e as pessoas me atenderem bem e dar o medicamento correto pra doença não evoluir e sair curado.

e) Discurso de que um bom atendimento está relacionado com a não discriminação no atendimento

Idéia Central

É a não discriminação, aqui me trataram como uma pessoa normal.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu acho que é a não discriminação, porque em alguns outros hospitais não deram esclarecimento e aqui me trataram como uma pessoa normal, como se eu tivesse um resfriado muito forte.

Na segunda questão: “O que o Sr. acha do atendimento no IPEC?”, pudemos identificar cinco categorias de discursos a seguir apresentados.

a) Discurso que afirma a excelência do IPEC em relação ao atendimento e a valorização do paciente como ser humano.

Idéia Central

É ótimo, sou tratado muito bem, como um ser humano.

Discurso do Sujeito Coletivo.

Sinceramente falando, é ótimo, sou tratado muito bem. Porque eu fui bem recebido, eu tava me sentindo um resto de ser humano, no fundo do poço e aqui todo mundo sempre me tratou de igual pra igual, tanto a faxineira, como os enfermeiros, os médicos, todo mundo. Você se sente alguém na vida. Eles tem todos os recursos,

disponibilizam todos os recursos a você e te tratam como um ser humano, com dignidade e respeito.

- b) Discurso que compara o ótimo atendimento no IPEC com as más condições de atendimento em outros Serviços de Saúde do SUS.

Idéia Central

É ótimo aqui, pelo que a gente escuta falar de outros hospitais, é um dos melhores.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu acho ótimo isso aqui, pelo que a gente escuta falar dos outros hospitais. Porque se fosse no INPS, fora daqui da FIOCRUZ, eu tinha morrido porque eles não dão um pingão de atenção. É coisa de primeiro mundo realmente, qualquer hospital público não quer saber, eles te dão o medicamento e mandam pra casa, aqui você tem os médicos no dia que você marca, tem remédio direitinho, os médicos são atenciosos.

- c) Discurso que afirma que o atendimento do IPEC é um plano de saúde, pela sua competência e excelência.

Idéia Central

Pra mim é um plano de saúde dos bons.

Discurso do Sujeito Coletivo

São profissionais, tem uma palavra melhor que essa, que é competência. Pra mim é um plano de saúde e olha dos bons, a maioria dos exames são feitos aqui, é fantástico.

- d) Discurso de que o atendimento no IPEC já foi melhor e que hoje há uma grande rotatividade de profissionais.

Idéia Central

O atendimento médico já foi melhor, agora o residente fica um ano e depois entra outro.

Discurso do Sujeito Coletivo

O atendimento médico já foi melhor, já teve médicos bons aqui. Agora o residente fica um ano e aí depois entra outro. Já cheguei a mandar email pra ouvidoria dizendo que eu não fui examinado em uma consulta, entende. Hoje em dia com o computador fica mais fácil, mas piorou o médico do vírus, fica ali só digitando e atender é mais difícil. Antes o tratamento era melhor, era um tipo de amizade, conversavam com a gente, queriam saber se eu estava tomando os medicamentos, se eu estava bem.

- e) Discurso de que o tempo de espera do atendimento é longo.

Idéia Central

Bom eu não tenho queixa daqui, mas tem que ter paciência, tem que esperar.

Discurso do Sujeito Coletivo

Às vezes demora um pouco a consulta, mas fora isso tudo que o que preciso aqui graças a Deus eu tive retorno. É o tal negócio, tem que ter paciência de esperar. Todo o lugar você tem esperar. Eu estou falando isso porque o meu marido tem plano de saúde, é muito lindo, muito bonito mas você tem que esperar. Não tem só você de doente. Agora tem pessoas que não entendem isso. Qualquer lugar que for, até lá no supermercado, você tem que esperar. Eu já sei disso e já saio tranqüila.

Na terceira questão: “Como é a sua relação com os diversos profissionais de saúde?” podemos identificar a categoria de discurso a seguir apresentado.

- a) Discurso que considera como excelente o relacionamento com os profissionais de saúde em relação ao carinho, atenção e acolhimento prestados.

Idéia Central

É excelente em tudo, me tratam com muito carinho e atenção, como se tivessem tratando uma pessoa da família deles.

Discurso do Sujeito Coletivo

É excelente em tudo, são muitos prestativos e atenciosos, me tratam com muito carinho e atenção, como se tivessem tratando uma pessoa da família deles. Eles têm um

acolhimento especial, você se sente uma pessoa como a outra, te tratam igualmente, isso é muito importante.

Na quarta questão: “O fato do IPEC também ser um Instituto de Pesquisa, interfere no atendimento?” pudemos identificar cinco categorias de discurso.

- a) Discurso que considera o atendimento melhor, com maior vínculo entre profissionais de saúde e usuários

Idéia Central

É diferente, aqui as pessoas sabem seu nome, te tratam com carinho.

Discurso do Sujeito Coletivo

É diferente, a gente não costuma ver nos hospitais públicos esse atendimento daqui. As pessoas sabem seu nome, já tem um tipo de intimidade com você, te conhecem. O relacionamento médico-paciente, eu acho que melhora muito por causa do interesse, qualquer outro lugar não quer saber, eles te dão o medicamento e mandam pra casa.

- b) **Discurso que considera o atendimento melhor, pois não há discriminação.**

Idéia Central

Aqui valoriza a pessoa, você não é discriminado.

Discurso do Sujeito Coletivo

Olha, muda bastante, eles te dão bastante atenção, eles tentam ouvir mais pra saber aquilo que a gente ta passando. O descaso que os outros têm, aqui não tem. Aqui valoriza a pessoa, o portador da doença, por exemplo, se você tem o vírus HIV, você não é discriminado, eles não te colocam numa sala separado, eles te orientam, se você tem tuberculose, orientam a entrar na outra sala com máscara e nos outros hospitais você não vê isso.

- c) Discurso que considera que o atendimento numa Instituição de Pesquisa muda, pois está relacionada a encontrar a cura e aperfeiçoar os medicamentos utilizados.

Idéia Central

Acho que faz, quanto mais pesquisa, a tendência é melhorar pra gente e pro país.

Discurso do Sujeito Coletivo

Acho que faz, porque eles fazem tudo pra pessoa ficar curada, quanto mais pesquisa a tendência é melhorar pra gente e pro país. Eles têm uma responsabilidade, eu acho que por estar na frente da FIOCRUZ pesa um pouquinho, não por isso que eles te atendem bem, mas estão aqui pra ajudar a gente.

d) Discurso que revela que o atendimento numa Instituição de Pesquisa é diferente devido a uma relação de dependência entre pesquisadores e pacientes

Idéia Central

Porque aqui eles dependem de nós, como nós dependemos daqui, para estudar melhor as doenças.

Discurso do Sujeito Coletivo

Sim, porque aqui eles dependem de nós como nós dependemos daqui, os médicos daqui também dependem da gente, porque se não tiver ninguém para eles tratarem, para eles pesquisarem, eles não vão poder estudar melhor as doenças das pessoas.

e) Discurso que relaciona um melhor atendimento numa Instituição de Pesquisa a uma melhor qualificação técnica dos profissionais e a uma maior disponibilidade de recursos.

Idéia Central

Acho que deve fazer, aqui estão os melhores, os mais dedicados estão aqui.

Discurso do Sujeito Coletivo

Acho que deve fazer, porque aqui estão os melhores, entendeu, os mais dedicados estão aqui. É uma pena que isso não esteja distribuído pra outras Instituições, mas eu acho que é uma Instituição que funciona e funciona bem. Gostaria que todas as Instituições do Brasil funcionassem que nem a FIOCRUZ, tivessem a mesma assistência, que disponibilizasse os mesmos recursos.

Na quinta questão: “ Participa de reuniões, grupos com a equipe de saúde?” somente um usuário afirmou ter participado , pudemos identificar duas categorias de discurso.

a)Discurso que relata a participação do usuário em reuniões com profissionais não médicos

Idéia Central

Sim, com psicóloga, com a assistente social, todos fazem mesa redonda.

Discurso do Sujeito Coletivo

Sim, com a psicóloga, com a assistente social, todos eles fazem mesa redonda, a gente discute alguns temas relevantes, cada um sugere o que gostaria de discutir.

b) Discurso que relata a participação do usuário numa ONG para soropositivos, familiares e amigos no IPEC

Idéia Central

Nós temos uma ONG dentro da FIOCRUZ para soropositivos, familiares e amigos.

Discurso do Sujeito Coletivo

Nós temos uma ONG dentro da FIOCRUZ para soropositivos, familiares e amigos que presta uma assistência também muito interessante, que tem reuniões mensais, que presta assistência, tira dúvidas, é muito interessante.

Análise dos discursos dos profissionais de saúde

Na primeira questão: “O que o Sr entende por humanização?”, pudemos identificar seis categorias de discursos a seguir apresentados.

a) Discurso no qual o conceito de humanização traz o conceito de um olhar mais integral do profissional de saúde em relação ao usuário

Idéia Central

É quando você vê o paciente como um todo, não como um número de prontuário, um objeto.

Discurso do Sujeito Coletivo

É quando você vê o paciente como um todo, não como o segmento daquela doença, como um número de prontuário, que é o que a gente acaba fazendo na prática médica. É olhá-lo não como um número, não como um objeto, ele tem uma família, ele tem uma história, tornando o atendimento mais compreensivo no sentido de entender o paciente na sua problemática psicológica e social, para que o paciente seja um colaborador ativo do seu processo de cura. Você vê o indivíduo não só como um paciente, mas como uma pessoa mesmo, um ser humano em todos os processos que envolvem o atendimento, desde a marcação, o tempo que ele vai esperar aí fora, da forma que vai tratar com ele.

- b) Discurso no qual o conceito de humanização, está relacionada a uma maior capacidade de escuta e de empatia do profissional de saúde em relação ao usuário

Idéia Central

A primeira coisa na humanização é ouvir, é ter empatia com o doente.

Discurso do Sujeito Coletivo

A primeira coisa na humanização é ouvir, outra coisa é ter empatia com o doente, se colocar na posição do paciente. É tratar o ser humano dessa forma, tratar o outro, o usuário do mesmo jeito, que nós profissionais de saúde gostaríamos de ser tratados. Se a gente é profissional, eles são os pacientes, existe uma diferença, mas por outro lado, eles também são iguais, eles sofrem do mesmo jeito. Acho que uma coisa que vale a pena a dizer, isso eu ouvi de uma usuária, uma mulher que vive com aids e tem toda uma história pra contar, os encontros e desencontros dela com os profissionais de saúde da rede e tal. E ela fala do jeito simples dela: “ Humanização é um humano falando pra outro humano” É o profissional de saúde entendendo que ele é humano também e que pode usar o conhecimento dele todo pra ajudar aquele humano que ta ali na frente dele né. Então que ele falou de um jeito assim, de um jeito muito simples, mas que é isso, que isso que falta às vezes no cotidiano da gente.

- c) Discurso que traz o conceito de humanização vinculado ao trabalho em equipe multidisciplinar no processo de tratamento do paciente

Idéia Central

É trabalhar em equipe multidisciplinar, visando o bem do paciente.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu acho que é trabalhar em equipe multidisciplinar, visando o bem estar do paciente como um todo, a parte social, as condições dele, o entendimento da doença, a percepção dele, a vontade dele melhorar, de aderir ao tratamento, eu acho que é isso.

- d) Discurso no qual a humanização é percebida como uma forma de melhorar relacionamento do profissional de saúde com o usuário

Idéia Central

É tornar as relações mais humanas e mais flexíveis.

Discurso do Sujeito Coletivo

O que eu entendo por humanização e tornar as relações mais humanas, mais racionais, mais amenas, flexíveis e melhores no sentido de melhorar o relacionamento com o usuário na saúde.

- e) Discurso que traz a humanização como um meio para a valorização dos profissionais de saúde, maior autonomia dos pacientes e identificação da subjetividade no atendimento

Idéia Central

Humanização é valorizar os profissionais, tentar identificar as partes mais subjetivas do atendimento.

Discurso do Sujeito Coletivo

Humanização é tentar identificar o papel de cada um no fluxograma do SUS, valorizar os profissionais, tentar identificar as partes mais subjetivas do atendimento, tanto o que você pode melhorar do ponto de vista do paciente, para que ele tenha maior autonomia para escolher o que é melhor para ele no tratamento.

- f) Discurso que relaciona a humanização a um resgate de um olhar mais integral para as práticas de saúde em relação a Organização de saúde, a equipe e ao usuário

Idéia Central

É resgatar para as práticas de saúde a possibilidade de um olhar mais integral as práticas de saúde.

Discurso do Sujeito Coletivo

É resgatar para as práticas de saúde uma possibilidade de um olhar mais integral né, tanto da assistência ao paciente, no cuidado do paciente, quanto no cuidado da equipe, o cuidado da Organização e de todo o processo de saúde. A humanização significa um cuidado mais integral, mais harmonioso com tudo que envolve a prática de saúde.

Na segunda questão: “Tem conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização?”, pudemos identificar categorias de discursos a seguir apresentados.

- a) Discurso que demonstra desconhecimento sobre a existência da PNH

Idéia Central

Não conheço.

Discurso do Sujeito Coletivo

Não conheço, não sei.

- b) Discurso que revela que os profissionais de saúde tem conhecimento da existência da PNH

Idéia Central

Já ouvi, mas eu nunca parei para ler o documento.

Discurso do Sujeito Coletivo

Já ouvi, desde 2003 pra cá tem uma legislação específica sobre isso que é humanização no SUS, mas eu nunca parei para ler o documento.

- c) Discurso que relata que o conhecimento sobre humanização está relacionado a pesquisa

Idéia Central

O que eu conheço de humanização está ligado a pesquisa.

Discurso do Sujeito Coletivo

O que eu conheço de humanização está ligado a pesquisa. A gente tem noção daquela lei de ética em pesquisa né, de você lidar com gente, que você tem que ter todos aqueles cuidados da resolução 196. Aquelas coisas que envolvem você lidar com o paciente como sujeito de pesquisa, mas não esquecendo que ele é um paciente.

- d) Discurso que demonstra o conhecimento sobre a PNH e a percepção que ela estava inserida na prática profissional mesmo antes da leitura do documento

Idéia Central

Quando eu comecei a ler sobre a PNH, eu percebi que isso tava na minha prática.

Discurso do Sujeito Coletivo

Quando eu comecei a ler sobre a Política Nacional de Humanização, eu percebi que isso tava na minha prática, tinha tudo a ver com o que eu faço. Eu comecei a ler mais sobre humanização quando a Suely Deslandes me convidou para fazer o capítulo de um livro que era “Humanização das práticas de saúde” Só aí que eu comecei a ler, eu comecei a ver que uma coisa tinha a ver com outra. Aí caiu a ficha. Nossa eu já fazia isso de alguma maneira, isto está na minha prática, são preocupações que eu tenho, que eu levo pras capacitações, mas eu não dava esse nome, não via dessa forma entendeu. Assim eu comecei a tentar correlacionar, não nesse artigo, mas assim nas apresentações que eu fiz, essas coisas. Comecei a correlacionar o aconselhamento com as questões de humanização, a integralidade.

- e) Discurso que afirma que a linguagem utilizada pela PNH é de difícil compreensão pelos profissionais de saúde

Idéia Central

Acho que ela é interessante ao que se propõe, mas peca por não falar a linguagem do profissional de ponta.

Discurso do Sujeito Coletivo

Acho que ele é interessante ao que se propõe. Acho que é um pouco isso. Algumas vezes você tem resistências, não aqui. Tudo aquilo parece muito longe da realidade, parece uma filosofia, a gente fica sem saber sobre o que está falando. Eu acho que ela peca por não falar a linguagem do que é no final das contas, do profissional de ponta.

Na terceira questão: “Conhece atividades, projetos humanizantes no IPEC?”, pudemos identificar categorias de discursos a seguir apresentados.

- a) Discurso que traduz a preocupação do IPEC com a qualidade do atendimento ao usuário, através dos processos de gestão de qualidade e da criação do Comitê de Humanização.

Idéia Central

Temos vários processos de implantação do sistema de qualidade para com o usuário, que de certa forma faz parte da Política Nacional de Humanização.

Discurso do Sujeito Coletivo

Já houve várias iniciativas e mais recentemente apareceu o grupo de humanização no IPEC, não sei exatamente como surgiu, nem qual a histórias deles. Nós temos grupo de adesão com pacientes, tem vários processos de implantação do sistema de qualidade para com o usuário, que de certa forma faz parte da Política de Humanização. Isso do meu ponto de vista tem muito a ver com o processo de gestão de qualidade e do processo de acreditação que a gente vem passando ao longo dos últimos cinco, seis anos.

- b) Discurso que define como projetos humanizantes a atuação de alguns serviços para a melhoria de qualidade de assistência do paciente no IPEC

Idéia Central

O IPEC tem uma coisa de integração da família junto com os pacientes, isso é uma coisa muito interessante do ponto de vista da humanização do atendimento.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu acho que o IPEC tem uma coisa de integração da família junto com os pacientes, às vezes entra a parte da assistência social que tenta viabilizar transporte e também a alimentação. O Serviço de farmácia tem um trabalho muito interessante de acompanhamento de efeitos colaterais, acho que isso é uma coisa extremamente interessante do ponto de vista da humanização do atendimento, eles se dispõem a ouvir o paciente mesmo no final de semana e feriados. Temos também o grupo de tabagismo, a associação dos amigos de pacientes com HIV, o projeto do hospital dia que eu acho bastante humanizado.

c) Discurso que revela uma preocupação do IPEC com a humanização do atendimento dos usuários.

Idéia Central

Eu vejo que existe uma preocupação no sentido de ter um projeto de humanização no atendimento.

Discurso do Sujeito Coletivo

Olha, eu não saberia dar nome em nenhum projeto, mas eu acho que o IPEC tem essa preocupação, embora eu não esteja atenta a esse tipo de coisa. Eu vejo que existe uma preocupação no sentido de ter um projeto de humanização no atendimento. Tem muito desse movimento, visando o melhor pro paciente. Eu percebo assim que dentro dos Serviços, dentro dos Laboratórios, sempre nas reuniões existe uma grande preocupação em como o paciente está sendo assistido, o quanto ele está demorando pra ser assistido. Há coisas que eu vejo, que eu acho bastante interessantes, nas enfermarias os pacientes estão sempre com acompanhante independente da faixa etária, os pacientes conversam muito com os pacientes no ambulatório, no hospital os pacientes tem livre acesso aos médicos, não somente no horário da visita de rotina, eu acho que isso é uma forma de humanizar, diferente do que acontece em outros lugares.

d) Discurso que revela não identificar projetos de humanização no IPEC, mas atitudes isoladas de alguns profissionais

Idéia Central

Olha, eu não identifico projetos de humanização no IPEC.

Discurso do Sujeito Coletivo

Olha, eu não identifico projetos de humanização no IPEC. Eu identifico atitudes que conformam alguma coisa correlacionada a humanização, atitudes de alguns profissionais, desde a recepção até a direção. Mas assim uma prática de humanização instituída, eu não vejo, o simples fato de ter um grupo de adesão não é uma prática de humanização. Eu acho que tem ações isoladas, posturas isoladas de pessoas que quem sabe vão construir entendeu, se a gente implementar um trabalho nessa direção, a gente pode se aproximar dessas pessoas e dessas posturas, dessas poucas ações que já existem pra dar força, pra isso legitimar alguma coisa, entendeu. Mas eu vejo assim, coisas soltas.

e) Discurso que relata o desconhecimento a existência de projetos humanizantes no IPEC

Idéia Central

Não conheço.

Discurso do Sujeito Coletivo

Não conheço, não sei, é até uma falha minha.

Na quarta questão: “Você acha que o IPEC presta um bom atendimento aos usuários?”, pudemos identificar categorias de discursos a seguir apresentados.

- a) Discurso que relata a excelência do atendimento do IPEC, pois presta uma atenção maior em relação a todo o processo do tratamento da doença.

Idéia Central

É maravilhoso, a gente tem uma atenção para o paciente que não é comum fora daqui.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu acho o atendimento maravilhoso. A gente tem uma atenção para o paciente que não é comum fora daqui, é uma atenção maior. A gente tem mais cuidado com o entendimento do paciente, com o que ele está fazendo, a gente tem mais cuidado em explicar pro paciente o que é a doença dele, em relação ao tratamento e as coisas que ele tem que fazer na pesquisa dele. Aqui é fundamental, a gente tem um acompanhamento detalhista de todo o processo de tratamento, em relação aos aspectos dos remédios, dos efeitos colaterais, dos exames.

b) Discurso que compara a excelente qualidade do atendimento aos usuários do IPEC a outras Instituições Públicas de Saúde.

Idéia Central

Acho que presta um atendimento excelente comparado com o Serviço Público, em termos de qualidade e interesse profissional.

Discurso do Sujeito Coletivo

Acho que presta um atendimento excelente comparado com o Serviço Público, na realidade fora daqui, estupidamente diferente. É um absurdo, as pessoas quando vem aqui falam: "Nossa, meu Deus! E quando tem que sair: "Não, jura que eu não tenho mais a doença, que eu não vou continuar sendo atendido aqui?" Eles não querem, eles não costumam ser tão bem atendidos como aqui. Você consegue atender o paciente em todas as necessidades, ou quase todas, o sujeito sente: "Estão prestando atenção em mim!" Aqui as pessoas, não é só médico, eu vejo as pessoas dando um atendimento diferenciado ao usuário do IPEC, em termos de qualidade profissional e interesse profissional.

b) Discurso que relata a excelência do atendimento no IPEC em relação ao acesso a diversas especialidades na Instituição e a dificuldade de encaminhamento a outros Serviços de Saúde da Rede.

Idéia Central

É um bom atendimento, de maneira geral o atendimento de saúde pública é muito ruim.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu acho um bom atendimento. De maneira geral, o atendimento de saúde pública é muito ruim, por várias questões. Eu já trabalhei em muitos lugares, semelhante a esse só em Niterói. Mas assim, a organização, a qualidade do atendimento de você ter por exemplo, se o paciente é aqui de Chagas, ele depende basicamente do cardiologista, infectologista e às vezes gastroenterologista. Se precisar de dermatologista aqui tem, se precisar de um parecer da oftalmologista, a gente consegue. A gente não consegue tudo, porque não somos um hospital cirúrgico. A gente gostaria que fosse, ia resolver todos os problemas aqui. Aí quando a gente precisa encaminhar pra rede pública aí fora, a coisa complica. Então os pacientes se queixam muito. Então é uma coisa que o SUS, o serviço público municipal e estadual não estão cumprindo a sua parte e aí a gente acaba sobrecarregando o nosso serviço.

c) Discurso que relata que a qualidade de assistência do IPEC é superior quando comparada com outras Unidades de Saúde no Município, mas existe a limitação do espaço físico que prejudica o atendimento ao paciente.

Idéia Central

A qualidade de atendimento do IPEC é superior quando a gente compara a outras Unidades do Município, mas existe uma limitação de espaço físico.

Discurso do Sujeito Coletivo

Se o IPEC presta um bom atendimento ao usuário, sim e não. Sim pode melhorar, não no sentido que não presta uma boa assistência. Por outro lado quando a gente compara o IPEC a outras Unidades de Saúde do município do Rio de Janeiro, por exemplo, o que há de qualidade de trabalho aqui é infinitamente superior ao que se vê por aí. E que eu acho que poderia melhorar é uma coisa que todo mundo fala, inclusive outras instâncias da FIOCRUZ já comentam. O nosso espaço físico é muito ruim, a gente tá dentro de um hospital, dentro de um prédio tombado, então existe uma limitação de espaço enorme, tanto no hospital, tanto no Instituto como um todo. Imagine, por exemplo, um sujeito internado precisa fazer uma radiografia, uma tomografia, aí tem que descer o sujeito numa maca, andar pela rua a céu aberto, ir lá pro prédio de trás, para depois fazer o caminho de volta pela rua a céu aberto.

d) Discurso que relata que o IPEC presta um bom atendimento do ponto de vista técnico e do ponto de vista de humanização depende do profissional

Idéia Central

Ele presta um bom atendimento do ponto de vista técnico e do ponto de vista da humanização, depende do profissional.

Discurso do Sujeito Coletivo

Então ele presta um bom atendimento do ponto de vista técnico e do ponto de vista da humanização, depende do profissional como em todo lugar. Eu acho que todo esse potencial que o IPEC tem pode ser aprimorado para construir respostas mais humanizadas em todos os sentidos, no cotidiano do trabalho da gente, os pacientes embora seja pacientes de pesquisa podem sim ter uma atenção mais integral mesmo sendo em pesquisa. Eu acho que tem muito que fazer aqui pra construir uma Política de Humanização.

f) Discurso que revela a ambigüidade em relação ao ensino, pesquisa e assistência ao usuário no IPEC

Idéia Central

Eu acho que no IPEC existe uma eterna ambigüidade, conseguir distinguir com muita clareza o que é pesquisa, assistência e ensino.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu acho que existe no IPEC um problema, uma eterna ambigüidade, conseguir distinguir com muita clareza o que é pesquisa, o que é assistência, o que é ensino, porque a pesquisa não vive sem a assistência e vice-versa. Quando eu estou atendendo o paciente, eu estou fazendo assistência ou pesquisa?

Na quinta questão: “A característica do IPEC ser uma Instituição de Pesquisa traz uma questão específica para o atendimento?”, pudemos identificar categorias de discursos a seguir apresentados.

- a) Discurso que revela que o atendimento no IPEC traz um olhar diferenciado em relação ao paciente e tem o suporte de toda uma equipe de profissionais.

Idéia Central

É um atendimento diferenciado, você olha o paciente do todo de uma pesquisa. O paciente tem o privilégio de estar com a equipe de profissionais.

Discurso do Sujeito Coletivo

Traz com certeza, não é um atendimento comum, quando você atende em pesquisa o atendimento é diferenciado. No atendimento público de uma forma geral, você está resolvendo um problema imediato, dentro da pesquisa, além de você ver o paciente, você pensa que dali vou precisar aprender e ensinar. Você não pode simplesmente olhar o paciente e atender como um paciente é óbvio. Você olha o paciente, mas você olha do todo de uma pesquisa. Parece uma coisa meio desumana né, você olhá-lo como uma pesquisa científica, mas muito pelo contrário é até muito mais humanizado. Aqui esse paciente recebe uma atenção tão integral, então ele passa pelo clínico, ele passa pela dermato, aqui tem todo um atendimento integrado né. Aqui o tem o diferencial, o paciente quanto entra aqui, tem o privilégio de estar com a equipe de profissionais, tem todo esse suporte.

- b) Discurso que relata que o atendimento em pesquisa é diferenciado em relação ao registro das informações

Idéia Central

A pesquisa tem particularidades próprias, se você não armazenar os dados de uma forma adequada, você não consegue fazer as coisas com qualidade.

Discurso do Sujeito Coletivo

Não tenho dúvida, assistência é uma coisa, pesquisa é outra. A pesquisa tem particularidades próprias, por exemplo, você preenche um protocolo, para avaliar o doente do ponto de vista do que ele ta se queixando, mas as coisas que são importantes no projeto que ele está envolvido. Então o atendimento em pesquisa é diferente, se não virá SUS, entendeu. Se você não armazenar os dados de uma forma adequada, você não consegue fazer as coisas de qualidade. A dificuldade que eu falo é sempre essa, você fazer uma coisa de qualidade, sem fazer disso um sofrimento muito grande para o doente.

c) Discurso que revela que a Pesquisa, ao proporcionar um registro mais completo das informações, pode colocar num segundo plano a assistência ao paciente.

Idéia Central

O registro do atendimento é mais completo, mas os profissionais podem centralizar a atenção mais para a pesquisa do que para a assistência.

Discurso do Sujeito Coletivo

Acho por um lado que é bom, o registro do atendimento é mais completo. Por outro lado, ele pode atrapalhar, porque os profissionais podem centralizar a atenção muito mais para pesquisa do que para a assistência. Então em vez de fazer o atendimento, presta uma atenção para o paciente direcionada para a pesquisa. Na verdade, uma coisa é atrelada a outra, de tal forma, que a pesquisa não acontece sem o atendimento e o atendimento não acontece sem a pesquisa. Numa Instituição de Pesquisa, o atendimento surgiu primeiramente por conta da pesquisa.

d) Discurso que afirma que numa Instituição de Pesquisa, os usuários têm um maior esclarecimento e participação em relação ao processo de tratamento da doença.

Idéia Central

O paciente é mais esclarecido e se torna mais interativo.

Discurso do Sujeito Coletivo

Acho que por causa da legislação clínica excessiva, o paciente é muito mais esclarecido, porque ele tem que assinar o termo de consentimento, então você explica um monte de coisas. Acho que a gente tem pacientes mais esclarecidos, conscientes, que participam mais da sua própria saúde e se tornar pacientes mais interativos.

e) Discurso que afirma que o IPEC por ser uma Instituição de Pesquisa tem uma melhor qualidade de atendimento do ponto de vista técnico, mas não no ponto de vista da humanização

Idéia Central

Do ponto de vista técnico o usuário tem mais acesso às tecnologias, mas do ponto de vista da humanização, o que fala mais alto é o protocolo.

Discurso do Sujeito Coletivo

Do ponto de vista técnico, o paciente, não sei se ele é melhor assistido, ele tem a possibilidade de acesso às tecnologias clínicas, com mais possibilidades do que os pacientes que estão lá no ambulatório do município. Os resultados dos exames não demoram tanto pra chegar, enfim eles têm uma resposta técnica mais efetiva, mas do ponto de vista da humanização não vejo privilégio não. A não ser projetos que tem no seu protocolo uma prática de humanização, eu acho que isso dá outro colorido, dá outro tom pro conjunto das ações. Isso do ponto de vista enfim da assistência com o paciente, mas da equipe, da gestão como um todo às vezes eu acho que até é pior, porque o que fala mais alto é o protocolo, não é assim a construção do SUS, universal, aquelas coisas assim, a integralidade, não. Isso não existe aqui, o que existe é um protocolo de pesquisa, parece que aqui não é SUS, entendeu.

Na sexta questão: “Qual é o papel do profissional de saúde e do usuário no processo de humanização?”, pudemos identificar categorias de discursos a seguir apresentados.

- a) Discurso que traz o conceito de uma relação de mão dupla entre usuários e profissionais de saúde no processo de humanização

Idéia Central

Você tem que tentar entrar no mundo do paciente e transferir para ele o que ele está precisando saber e ouvir de uma maneira que ele compreenda.

Discurso do Sujeito Coletivo

Tem aquela história da relação médico-paciente, você tem que tentar entrar ali no mundo do paciente e transferir para ele tudo o que ele está precisando saber e ouvir de uma maneira que ele compreenda. Não adiantar falar um monte de nome científico, ele não vai entender nada. Você tem que tentar lidar no mesmo nível que ele está, se não do mesmo jeito que ele entrou cheio de dúvidas, querendo saber o que ele tem, querendo receber o tratamento, ele vai embora. É um desafio muito grande, você conseguir passar o que você está precisando passar, tratar, explicar o que aconteceu. E o usuário, ele tem que se abrir, ele tem que estar à vontade pra falar, tem que se abrir para dar a informação sobre a doença dele, sobre o meio que ele está e também tentar compreender aquilo que a gente está passando.

c) Discurso que relata a necessidade do profissional de saúde perceber o usuário como um ser humano e não como um objeto de pesquisa.

Idéia Central

O profissional de saúde tem que ter a consciência de que ele está tratando um ser humano, ele não é um objeto que ele vai tirar proveito para as suas pesquisas.

Discurso do Sujeito Coletivo

É o respeito a postura do paciente, eu acho que é o objetivo da humanização no Sistema Único. É o respeito ao direito humano na relação com eles. O profissional de saúde tem que ter consciência de que ele está tratando um ser humano. Não é um objeto que ele vai tirar proveito para as suas pesquisas, mas um ser humano com direitos, deveres e características semelhantes às nossas. É o paciente, ao mesmo tempo ele é o nosso objeto de pesquisa, mas também ele é o nosso objetivo, ele é nosso fim, ele é tudo pra gente. Eu sou um ser humano e quero ser bem tratado. Aqui a gente deve tratar muito bem os nossos pacientes, sem ferir os direitos deles de maneira alguma. Preservar o indivíduo de qualquer abordagem que seja lesiva para ele ou se correr o risco de lesão que ele tenha consciência disso e que isso seja colocado pra ele e que ele possa aceitar ou não em participar.

d) Discurso que relaciona a importância da capacidade de escuta dos profissionais de saúde e a participação ativa dos usuários no processo de humanização

Idéia Central

É o saber ouvir de todos os que lidam com o doente e criar mecanismos para que ele possa se manifestar.

Discurso do Sujeito Coletivo

Com certeza tudo é um olhar, uma atenção, é o saber ouvir de todos os que lidam com o doente, os psicólogos, os enfermeiros. É também fundamental a participação do usuário na questão de solicitar as coisas. A gente tem uma ouvidoria aqui, a gente tem que criar mecanismos para que o usuário possa se manifestar, é dar voz pro usuário falar, porque a gente lida com uma clientela eu tem um pouco poder de reivindicação, de solicitação.

e) Discurso que enfatiza a importância da participação de profissionais de saúde e usuários no processo de humanização

Idéia Central

Esse processo tem que se dar dos dois lados, tanto de quem vai colocar a situação de quem usa, como quem está dentro do processo como prestador de serviço, que é o profissional.

Discurso do Sujeito Coletivo

Acho que o papel é muito parecido, ambos devem fazer um esforço para torna o ambiente de trabalho, o ambiente onde acontece a atenção, o processo de trabalho de atenção à saúde continuamente melhorado. Esse processo tem que se dar dos dois lados, tanto de quem vai colocar a situação de quem usa, como quem está dentro do processo como prestador de serviço que é o profissional. Existem coisas que poderiam ser melhoradas para o usuário e para todos que estão dentro do processo. Isso passa por diversas coisas, passa pelo local, passa pela disponibilidade, pela quantidade de tarefas, pelo tamanho e formação da equipe, pela remuneração, pela organização da Instituição, tem diversas coisas que podem ser ditas.

Na sétima questão “Você considera que a démarche trouxe um espaço de discussão importante?” foi aplicada aos profissionais que participaram da aplicação do método nos laboratórios de leishmaniose, chagas e aids. Identificamos as categorias de discursos a seguir apresentados.

a) Discurso que considera que a démarche trouxe uma maior integração para o grupo, mas houve a ausência de alguns profissionais importantes para a discussão.

Ideia central

Para aquele objetivo, claro que sim. Se isso trouxe para o grupo do leishmaniose uma dinâmica não sei, porque as pessoas que eu acho importantes não estavam ali.

Discurso do Sujeito Coletivo

Para aquele objetivo, claro que sim. Porque aquilo tem um início, meio e fim, uma coisa feito uma terapia curta né, quando você dá os prazos e passa pra todo mundo com

o resultado da ata da reunião, as cobranças, os emails. Para o método é legal ter um início, meio e fim, bem coordenado por profissionais, se isso trouxe para o grupo do leishmaniose, uma dinâmica, não sei, até porque eu acho que as pessoas importantes não estavam ali pro motivos seus.

b) Discurso que relata que a démarche foi um espaço importante para a equipe do laboratório se perceber frente ao ambiente interno e externo ao IPEC

Ideia Central

A démarche mostrou o grupo pro grupo. A gente trabalha, mas não se vê.

Discurso do Sujeito Coletivo

Foi importante pra gente do grupo se olhar e ver aonde vai se injetar um pouquinho de gás, entendeu. A gente trabalha, a gente está envolvido, mas não se vê. A démarche mostrou o grupo pro grupo. Paramos para pensar na importância das questões aqui do laboratório e de cada um. De alguma forma, a démarche traz a discussão coisas que a gente já sabe, só que não viu ou não está entendendo. A gente parou pra pensar na importância do laboratório frente aos outros laboratórios do IPEC e até do laboratório frente a outras Instituições externas, foi uma boa oportunidade de falar, de se pensar no contexto externo também.

c) Discurso que relata que a démarche trouxe uma discussão muito produtiva para o grupo, mas que ficou restrita aquele momento.

Ideia Central

Ela trouxe naquele momento, foi uma coisa iluminadora, mas morreu ali, não foi pra frente infelizmente.

Discurso do Sujeito Coletivo

Ela trouxe naquele momento, mas ele finalizou ali mesmo. Acho que o grupo não aproveitou a deixa pra tornar isso numa coisa mais duradoura. Foi ótimo, mostrou umas coisas bem legais em relação ao grupo, mas as questões levantadas ficaram ali, depois que vocês foram embora, ficou uma coisa bonita ali, mas que o grupo não levou para discussão, passou como um projeto de vocês, o que eu acho uma pena. Foi tão empolgante chegar até o final do segmento, o segmento otorrino, o segmento da clínica,

o segmento laboratório. Olha como está a produção, a captação. Aquilo foi uma coisa iluminadora, acendeu a luz, mas morreu ali, não foi pra frente não infelizmente.

d) Discurso que relata que a démarche não foi um espaço de discussão importante, devido a dificuldade de compreensão do método.

Idéia Central

Eu vejo aquilo como utópico, não estou criticando o trabalho, é que eu não tenho sensibilidade porque eu não fui formado pra isso.

Discurso do Sujeito Coletivo

Objetivamente não. Eu vejo aquilo tudo muito utópico. Muita coisa teórica e na prática muitas vezes... Eu não vejo muita diferença, 17 porque não é 15, eu não tenho essa sensibilidade. Não estou criticando o trabalho, é que eu não tenho essa sensibilidade porque eu não fui formado pra isso, eu não tenho essa formação, então às vezes eu não alcanço isso.

e) Discurso que faz uma crítica a dinâmica de aplicação do método démarche, considerada repetitiva e cansativa.

Idéia Central

Eu percebi ao longo do processo démarche que algumas coisas são repetitivas.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu percebi ao longo do processo da démarche que algumas coisas são muito repetitivas, mas elas são repetitivas, porque existe uma lógica de clarear determinado ponto, especificando e dando um peso. E quando isso é feito para cada um desses pontos fica claro expressar as falhas, quais são os pontos fortes e fracos do grupo para se tomar medidas corretivas. É repetitivo, é fatigante e detalhista. Na terceira reunião...eu já não falei isso antes. A gente está repetindo isso porque?

Na oitava questão: “Quais são as formas de diálogo existentes entre a equipe do laboratório?”, pudemos identificar categorias de discursos a seguir apresentados.

- a) Discurso que relata existir reuniões mensais de equipe em que são apresentados os trabalhos os projetos em andamento

Ideia Central

Nós temos reuniões mensais, em que a gente apresenta os projetos em andamento.

Discurso do Sujeito Coletivo

Existem. Nós temos reuniões, a gente tem uma reunião mensal, a gente apresenta os trabalhos, os projetos em andamento, para conhecer melhor os projetos que cada um tem.

- b)Discurso que traz os espaços de discussão como momentos importantes para a valorização do trabalho da equipe multiprofissional.

Ideia Central

Eu acho que essas reuniões servem pra mostrar a importância do nosso trabalho.

Discurso do Sujeito Coletivo

Um conhece o trabalho do outro. Nós que não somos profissionais médicos, sabemos que às vezes a gente tem dificuldade de um reconhecimento da importância da nossa atuação. Isso é uma coisa que eu luto muito aqui. Eu acho que num grupo de pesquisa isso é muito importante, você conhecer o que o outro está fazendo, respeitar o trabalho do outro. Eu acho que essas reuniões servem pra mostrar mais a importância do nosso trabalho. E se você consegue ser reconhecido dentro de uma equipe, as pessoas vão respeitar o seu trabalho.

Análise do Discurso dos Gestores dos laboratórios de leishmaniose, chagas e aids

Na primeira questão: “Na sua opinião, qual é a missão do laboratório?”, pudemos identificar categorias de discursos a seguir apresentados.

- a)Discurso afirmando que a missão do laboratório é desenvolver atividades de pesquisa e assistência na área das doenças infecciosas.

Ideia Central

A nossa missão principal é produzir conhecimento dentro da área das doenças infecciosas.

Discurso do Sujeito Coletivo

A nossa missão principal é produzir conhecimento dentro da área das doenças infecciosas, desenvolver linhas de pesquisa de relevância para a Saúde Pública de nosso país e realizar atividades de assistência e pesquisa através de programas de pós-graduação strictu sensu , com o objetivo final da melhoria da saúde da população brasileira e da nossa sociedade.

b) Discurso de que a missão do laboratório em produzir conhecimento está relacionada a uma boa qualidade da assistência e a articulação com a rede de saúde

Ideia Central

Para produzir conhecimento, você não tem como fazer isso sem estar atendendo bem os pacientes e articulado com a rede.

Discurso do Sujeito Coletivo

Agora para produzir conhecimento, você não tem como fazer isso sem estar atendendo bem os pacientes com a melhor qualidade possível, e articulado com a rede. Sempre colaborando com a rede de saúde, fornecimento de dados e tudo mais, os manuais. Mas assim, se você fizer tudo isso e não produzir conhecimento, não tiver tese defendida e artigo publicado, a gente não está fazendo o que deveria aqui na FIOCRUZ.

Na segunda questão: “Qual é o papel do gestor e dos profissionais de saúde frente a essa missão?”, pudemos identificar a categoria de discurso a seguir apresentada.

a) Discurso que traz a responsabilidade dos gestores na construção e no cumprimento da missão junto aos profissionais de saúde

Ideia Central

É manter o interesse e a dedicação dos profissionais dentro da missão.

Discurso do Sujeito Coletivo

O papel do gestor é fazer isso funcionar. Na verdade os gestores são a mola propulsora, o motor disso tudo, eles devem manter o interesse e a dedicação desses profissionais dentro da missão e estar sempre revendo essa missão em conjunto com toda a equipe para que se possa caminhar de forma conjunta dentro da Instituição.

Na terceira questão: “A característica do IPEC ser uma Instituição de Pesquisa, traz uma questão específica para o atendimento?”, pudemos identificar a categoria de discurso a seguir apresentado.

a) Discurso que traz aspectos positivos para a assistência numa Instituição de Pesquisa

Ideia Central

A partir do conceito de pesquisa, você atende melhor o paciente.

Discurso do Sujeito Coletivo

Traz sim, porque a gente não atende por atender. Todo atendimento aqui, você tem um interesse especial naquele atendimento, a gente é obrigado a incorporar todas as ferramentas que são a avaliação de qualidade, de eficiência, todos aqueles critérios que fazem com que um produto seja bem feito ou um serviço seja bem desenvolvido. Eles são inerentes a pesquisa, a pesquisa exige que você valide todos os seus dados, registre tudo. A pesquisa traz todos esses conceitos de qualidade, quando você faz pesquisa clínica, que na verdade é você atender o doente e a partir desse atendimento gerar, responder uma pergunta, gerar um produto, você tem que trazer a questão da qualidade para o atendimento também. Isso é muito interessante são duas vias, porque a partir da aplicação do conceito de pesquisa e como você faz a pesquisa bem feita na assistência, você melhora objetivamente, você atende melhor o paciente.

Na quarta questão: “Quais os espaços de discussão existentes no laboratório?”, pudemos identificar categorias de discursos a seguir apresentados

a) Discurso que afirma a existência de reuniões de equipe para discussão de projetos e do processo de trabalho

Ideia Central

A gente tem uma reunião quinzenal, espaço formal é esse.

Discurso do Sujeito Coletivo

A gente tem uma reunião quinzenal. Recentemente a gente fez uma reunião de balanço, que a gente tenta fazer pelo menos uma vez por ano. É uma problematização, nos quais discutimos quais são os problemas do laboratório e designamos quais são os responsáveis para a resolução de cada grupo de problemas. E assim espaço formal é esse. Agora os outros espaços são informais, de a gente conversar, de trocar. Que eu lembre é isso.

- b) Discurso de que os espaços de discussão são escassos.

Ideia Central

Não temos formalização sistemática de encontros, acho que trabalhamos meio soltos nesse sentido.

Discurso do Sujeito Coletivo

Nós dentro do laboratório procuramos ter uma reunião que realmente não tem acontecido, por questões que fugiram a nossa própria vontade. Mas nós tínhamos uma reunião semanal, nós discutíamos tudo, projetos e planejamento de ações, várias reuniões da démarche foram feitas nesses horários. Agora se existe uma formalização desses diálogos, acho que não existe isso. Não temos uma formalização sistemática de encontros, isso nós não temos, acho que trabalhamos meio soltos nesse sentido.

- c) Discurso de que a autonomia dos pesquisadores dificulta a formação de espaços de discussão

Ideia Central

A Ciência tem uma peculiaridade, você não pode ser prescritivo e engessar o processo.

Discurso do Sujeito Coletivo

A Ciência tem uma peculiaridade, você não pode ser prescritivo e engessar o processo, nem você pode deixar em aberto, porque tem o lado da organização, do

planejamento, tem que encontrar o meio termo onde as pessoas sejam livres para gerar suas idéias , dar seqüência as hipóteses, com uma certa organização, que vai limitar a factabilidade dessas idéias do pesquisador.

- c) Discurso de que predomina o diálogo informal.

Ideia Central

Tem o diálogo informal que é o que toca na verdade o laboratório.

Discurso do Sujeito Coletivo

Os diálogos são contínuos porque as pessoas estão dentro do mesmo ambiente, eu sou o único que não estou no ambiente, ali tem o diálogo informal que é o que toca na verdade o laboratório.

Na quinta questão: “Você acha que a démarche foi um espaço de discussão importante?” pudemos identificar categorias de discursos a seguir apresentados.

- a) Discurso de que a démarche é uma forma de reflexão sobre o processo de trabalho

Ideia Central

Ela torna mais claras algumas coisas que a gente não valoriza no dia a dia.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu acho que motivou o diálogo sim. Pra falar a verdade, a gente não aproveitou da démarche tudo o que poderia, porque depois que vocês saíram, foi meio como estava né. Mas eu acho que melhorou bastante o auto-conhecimento, a auto-estima e tal. Embora a gente não tenha seguido o método pra fazer o que a gente deveria fazer. eu acho que ele deu uma visão bem mais clara do grupo, ela torna mais claras algumas coisas que a gente não valoriza no dia a dia.

- b)Discurso de que a démarche é um método de difícil compreensão para os profissionais que atuam na ponta.

Ideia Central

Objetivamente quando o método é aplicado nos recursos humanos de ponta, ele é árido.

Discurso do Sujeito Coletivo

Tivemos uma dificuldade na aplicação do método, no momento em que a equipe não absorve isso. Então a minha equipe foi muito clara, eles chutaram o balde literalmente, eles não agüentavam vir mais as reuniões, eles não conseguiam ter a percepção de que ia ser algo bom pra eles. No final é que você entende o produto, no meio é muito ácido para quem não é da área da gestão, como eu sou da área da gestão, pra mim é natural isso. Não fico ansioso porque eu acho isso um saco, agora pra quem é médico e clínico e só vê paciente e é pesquisador, eles acham que essa conversa, que é mole entre aspas, não leva a lugar nenhum. Objetivamente quando o método é aplicado nos recursos humanos da ponta ele é árido, a sensação que eu tinha é que as pessoas não se sentiam interessadas pelo assunto, não entenderam bem, o que ia acontecer. Esses profissionais não têm o hábito da gestão, da gerência. Eles são executivos, eles não trabalham com planejamento, não trabalham com avaliação. Eles não têm essa característica, a prática deles é técnica, é o expertise técnico. Então quando você começa a fazer perguntas que eles nunca pensaram, que foge do dia a dia deles eles não entendem. Você está lidando com pessoas altamente qualificadas, não é o pessoal medíocre, o pessoal desmotivado, nada disso. Você está lidando com uma espécie de nata, que é o que tem de melhor e esses profissionais apesar de serem muito bons no que eles fazem, eles não conseguem incorporar novos valores, novas visões.

Na sexta questão “O que você entende por humanização?” pudemos identificar categorias de discursos a seguir apresentados

a) Discurso de que a humanização é um pacto entre gestores, profissionais e usuários.

Ideia Central

Eu entendo humanização como uma proposta de trabalho interativo dos três principais atores.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu entendo humanização como uma proposta de trabalho interativo dos três principais atores, o principal é o paciente, o cliente, o segundo é quem trabalha nisso, são os funcionários de uma forma geral e o terceiro é o gestor, o que gerencia isto. Humanização é mais ou menos um pacto que deve ser feito entre os três atores, para que os processos que estão disponíveis sejam feitos de forma eficiente e que contemplem os três, contemple o paciente que é o principal interessado, contemple o funcionário e contemple o gestor do ponto de vista da gestão propriamente dita.

b) Discurso que diferencia os conceitos de humanização e acolhimento

Ideia Central

Humanização é algo mais de planejamento, já o acolhimento é como se interage literalmente com o paciente.

Discurso do Sujeito Coletivo

Humanização é algo assim que eu poderia dizer, é algo mais do planejamento, de gestão, de organização. Já o acolhimento é algo mais de execução, o acolhimento é como se interage literalmente com o paciente, que o atende nas suas necessidades do dia a dia, são duas coisas que estão juntas, mas que são um pouquinho diferentes. Então quando eu falo de humanização, eu estou falando de acolhimento, mas não como sendo uma negação, como sendo isso uma outra coisa, mas que está atrelada a humanização.

c) Discurso de que humanização é tratar bem o paciente.

Ideia Central

Eu vejo que é tratar as pessoas como pessoas.

Discurso do Sujeito Coletivo

Olha só, na atenção eu vejo que é tratar as pessoas como pessoas. Acho que é isso, não ser ridicularizada, não ser maltratada, basta ser atendida como pessoa.

d) Discurso de que humanização está relacionada às relações e aos processos de trabalho

Ideia Central

Eu entendo que é lidar sob a perspectiva da humanização das relações e dos processos de trabalho.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu entendo que é lidar com as temáticas que já são da nossa, da pertinência do laboratório sob a perspectiva da humanização das relações e dos processos de trabalho, mas eu não sei se é isso.

Na sétima questão “Tem conhecimento da PNH?”, dois gestores afirmaram desconhecer a Política Nacional de Humanização. Na resposta de um gestor pudemos identificar as categorias de discursos a seguir apresentados.

a) Discurso de conhecimento da existência da Política Nacional de Humanização

Ideia Central

Sim, eu nunca li nada formal, mas eu participei de algumas apresentações.

Discurso do Sujeito Coletivo

Sim, eu nunca li nada formal, mas eu participei de algumas apresentações, tenho um material que eu imprimi, mas não tive tempo de ler. Em algum momento eu pensei que era um Programa, mas era uma Política.

b) Discurso de que a nova formação do Comitê de Humanização do IPEC está divulgando a PNH no IPEC

Ideia Central

A Política era aqui de fato uma teoria, agora eu estou vendo que existe, a pessoa estão de certa forma sendo capacitadas em relação à humanização.

Discurso do Sujeito Coletivo

Nós temos um Comitê de Humanização atuante aqui no IPEC, quando ele surgiu ele era um Comitê Passivo. Foi criado há uns seis, sete anos. Eram só duas pessoas nesse Comitê, foram assim meio passivas, era mesmo pra ouvir as pessoas do que propriamente dito pare executar. Para multiplicar aqui o que se falava aí fora, só aconteceu de fato com o novo Comitê, ele cresceu, começou a incorporar outras

peças, não só esses dois representantes, passou a ser multidisciplinar e pró-ativo, passou de fato a interagir. A Política era aqui de fato uma teoria, nada acontecia. Agora eu estou vendo que existe, as peças estão de certa forma sendo capacitadas, participam de fóruns, cursos, principalmente em relação a humanização.

Na oitava questão “ Identifique, ações, projetos humanizantes no IPEC pudemos identificar categorias de discursos a seguir apresentados

a) Discurso de melhorias na ambiência e na rotina de atendimento ao paciente.

Ideia Central

A gente flexibilizou os horários de visitas, criamos áreas de espera mais acolhedoras para o paciente, se procurou fazer o atendimento com hora marcada.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu acho assim, uma delas foi que a gente flexibilizou os horários de visitas, criamos áreas de espera mais acolhedoras para o paciente com televisão e ar condicionado. No hospital os pacientes são reconhecidos pelo nome, não é o paciente do leito 3, é o Seu João do leito 3, os profissionais conhecem o paciente pelo nome. Se procurou fazer que o atendimento fosse feito por hora marcada, para evitar que todos cheguem no mesmo horário, isso não está implantado 100%, existem resistências de alguns grupos, mas de forma geral são práticas de humanização que estão sendo efetivadas. Em relação a dispensação de medicamentos, tem paciente que vem pegar os medicamentos no sábado, especialmente quem é HIV, que pega o medicamento para um mês e que não pode vir durante a semana. Em alguns projetos, colocamos no orçamento a passagem, que é uma coisa que ajuda muito os pacientes que moram longe.

b) Discurso da utilização da ouvidoria pelos pacientes .

Ideia Central

A Ouvidoria não deixa de ser humanização, um mecanismo de diálogo com a direção.

Discurso do Sujeito Coletivo

A entrada da ouvidoria da FIOCRUZ passou a ser um mecanismo onde o paciente consegue ser ouvido, isso não deixa de ser humanização, um mecanismo de diálogo com a direção.

c) Discurso de que o conceito de humanização é desenvolvido no IPEC, através da busca pela melhoria no atendimento ao usuário

Ideia Central

A humanização está dentro de uma filosofia de trabalhar qualidade e melhorar o acolhimento.

Discurso do Sujeito Coletivo

Eu acho que a humanização não está tão estruturada quanto a gente gostaria, não há um projeto de humanização, mas ela está dentro de uma filosofia de trabalhar qualidade e melhorar o acolhimento. Temos uma associação de pacientes que lida com esse processo o tempo todo. Eu acho que a gente tem uma equipe geral que lida, que faz interface com os pacientes e trabalham dentro dessa perspectiva do acolhimento.

4.3 Considerações Finais sobre os diferentes discursos

A diversidade dos discursos analisados desses três diferentes atores: usuários, profissionais de saúde e gestores foi sem dúvida uma tarefa complexa. Apesar de fazer parte da mesma Instituição de Pesquisa, cada laboratório tem suas peculiaridades e especificidades. O laboratório de AIDS é um universo muito amplo com seus inúmeros grupos de pesquisa, ensaios clínicos e coortes, quando comparado aos laboratórios de leishmaniose e chagas, onde o Gestor tem um contato direto com os profissionais da equipe. A gestão do laboratório de AIDS também se encontra dispersa, cada grupo de pesquisa tem reuniões próprias com grande autonomia de decisão.

Pudemos identificar nos discursos dos usuários dos três laboratórios a grande satisfação em relação à assistência prestada, caracterizando como bom atendimento aquele em que o profissional tem a capacidade de escuta, o respeito e a valorização do paciente como ser humano, relacionados ao conceito de acolhimento e vínculo.

A reflexão sobre a natureza do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário no serviço tem dois lados, o primeiro se caracteriza como uma produção de relações de escutas e responsabilizações, constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção; o segundo consiste no encontro entre as necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados, implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de viver a vida ⁴⁴.

Em ambos os sentidos o acolhimento adquire uma expressão significativa, ele pode ser compreendido não somente a um espaço de recepção ou a um componente do fluxograma assistencial, mas como uma etapa do processo de trabalho que os serviços de saúde desencadeiam na sua relação com o usuário, através da disposição de promover uma escuta atenta e de acolher uma demanda de atendimento como direito moral ^{44,45}.

O conceito de vínculo, caracterizado em sua dimensão coletiva, contém o acolhimento como potencial, relacionado à idéia de uma população vinculada a uma determinada equipe profissional baseada numa relação intersubjetiva sedimentada na confiança ⁸.

O vínculo como mútua dependência é um processo de troca de afeição, que pode gerar uma relação de dependência unilateral ou um vínculo positivo como possibilidade de uma troca de apoios, de exercício da confiança, como condição de autonomia para o sujeito usuário ^{6,8}.

Nos discursos dos usuários, duas críticas são sinalizadas, a rotatividade dos médicos que prestam assistência, pois muitos são bolsistas e residentes. Em função da nossa observação da Instituição, podemos afirmar que isto se intensifica no laboratório de AIDS, que apresenta uma maior produtividade de atendimento e pesquisa. . Podemos ancorar esse discurso na idéia de vínculo com um único médico, como era antigamente. Essa idéia é resgatada pela Estratégia Saúde da Família e buscada também pela Política Nacional de Humanização. Outra reclamação que aparece nos discursos é em relação à demora no atendimento, apesar das consultas já serem marcadas por horário, ainda há resistências da parte de alguns profissionais.

A questão da não discriminação como característica de um bom atendimento, foi trazida também por usuários do laboratório de AIDS. Outro ponto importante, que apareceu nos discursos foi a comparação da ótima qualidade de atendimento no IPEC em relação às más condições de assistência em outros Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde, nos aspectos relacional e técnico. A alta qualificação dos profissionais do IPEC e a característica da pesquisa que traz um atendimento mais integrado, demorado e completo e de maior vínculo com o usuário, tendo como contrapartida a sua participação na pesquisa, traz a garantia de um bom atendimento comparável a um plano de saúde.

Com relação aos usuários, há uma questão importante a considerar, que é o de estarem sendo atendidos no melhor lugar possível do Sistema Único de Saúde. Ter entrado para o grupo de usuários do IPEC significou a concretização de um desejo, de um interesse e necessidades atendidas. Recebem seus medicamentos e tem a possibilidade de serem escutados e atendidos quando precisam. Pode-se inferir que eles se sentem cidadãos com seus direitos atendidos. Quando precisam utilizam a ouvidoria, um sinal que reforça uma traço de autonomia, presente na Política Nacional de Humanização. Em contrapartida muitos não conhecem esse espaço.

O cenário atual do Sistema Único de Saúde no Brasil, exige mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde, onde verifica-se vínculo frágil trabalhadores-usuários e controle social incipiente, precarização das relações de trabalho e pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, baixo investimento em educação permanente, desestímulo ao trabalho em equipe e falta de preparo dos profissionais em relação a subjetividade inerente a prática do trabalho em saúde ⁴⁶.

Na pergunta que aborda se o atendimento em uma Instituição de Pesquisa interfere no atendimento, apareceu a questão da relação de dependência entre usuários e profissionais no processo de pesquisa por novos tratamentos e tecnologias e também da alta qualificação técnica dos profissionais que corrobora para a excelência do atendimento.

É primordial a articulação de avanços tecnológicos com a qualidade da relação para a humanização da atenção aos usuários, para ser efetiva a ação de saúde deve ir

além de diagnosticar e tratar, deve cuidar de fato do cidadão, garantindo sua participação e envolvimento no processo ³.

O encontro entre usuários e profissionais envolve pessoas com valores, crenças, preocupações, desejos e projetos de vida próprios, e que apesar das diferenças precisam dialogar para abrir as possibilidades de produzir saúde. O paciente precisa sentir-se compreendido e valorizado, ter direito à voz e poder compartilhar com o profissional o seu sofrimento físico e emocional, para ser sujeito de fato ⁴⁷.

Nos discursos dos profissionais de saúde, o conceito de humanização aparece principalmente relacionado a capacidade de escuta e empatia com paciente e o resgate de um olhar mais integral para as práticas de saúde, ao considerar o contexto social e familiar no qual o paciente está inserido. A valorização do profissional de saúde e da autonomia dos usuários e o trabalho em equipe multidisciplinar surgiram em menor escala nos discursos analisados.

A prática da integralidade nos discursos analisados aparece como uma visão antagônica ao modelo reducionista do conhecimento médico, que ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais. O conceito da Clínica Ampliada, ao trazer o sujeito com a sua doença, considera o contexto no qual este encontra-se inserido ^{1,6}.

Em alguns dos discursos dos profissionais de saúde é vista a importância da valorização do profissional de saúde para o processo de humanização, é essencial humanizar a assistência para humanizar a sua produção. A falta de investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente em relação à gestão participativa e ao trabalho em equipe, dificulta a implementação das chamadas “práticas humanizadoras” ³.

Em relação à Política Nacional de Humanização, a maioria dos discursos dos profissionais demonstra desconhecimento sobre a existência da PNH. Mas em três discursos foram identificados e abordados aspectos interessantes: o primeiro refere-se à percepção de que ao conhecer a PNH, observou que a humanização estava inserida na sua prática profissional, o segundo relaciona a humanização ao conhecimento da resolução 196 sobre a ética em pesquisa com seres humanos e o terceiro faz uma crítica

a Política Nacional de Humanização, cuja linguagem é considerada de difícil compreensão pelo profissional de saúde que atua diretamente na assistência ao usuário.

A questão que aborda a existência de projetos humanizantes no IPEC trouxe dois diferentes pontos de vista. Enquanto a maioria dos discursos relaciona esses projetos a preocupação da direção do IPEC em relação à qualidade da assistência prestada aos usuários, um dos discursos revela não perceber projetos humanizantes no IPEC, mas atitudes isoladas de alguns profissionais, mas não algo instituído.

Os discursos dos profissionais de saúde revelam que o IPEC presta um excelente atendimento aos usuários em relação a outras Instituições Públicas de Saúde em termos de qualidade e interesse profissional. Um dos discursos afirma que em termos de qualidade técnica o atendimento é bom, mas com relação a humanização o IPEC ainda tem um caminho a percorrer. Essa questão trouxe alguns discursos que abordam algumas dificuldades no atendimento como limitação do espaço físico e dificuldade de articulação com a Rede SUS.

Ao trazer a questão da qualidade da assistência numa Instituição de Pesquisa, os discursos de profissionais e gestores revelam a existência de um olhar diferenciado em relação ao paciente, que visto de uma forma mais global, com mais esclarecimento e participação no processo de tratamento e o registro das informações é mais completo. Algumas preocupações em relação ao registro de informações apareceram nos discursos, quando o profissional centraliza a atenção mais para a pesquisa do que para a assistência.

Em relação ao papel do usuário de do profissional de saúde no processo de humanização, alguns dos profissionais afirmam que é uma relação de mão dupla, o profissional deve conhecer o contexto social do paciente, percebê-lo como um ser humano e não como um objeto de pesquisa. Um discurso traz para o profissional de saúde e para os usuários a participação ativa no processo de humanização da assistência nas Organizações.

Ao considerar os espaços de participação nos discursos de profissionais e gestores dos três laboratórios temos três situações diferentes, enquanto no laboratório de leishmaniose as reuniões são quinzenais para a discussão dos projetos de pesquisa e de

questões relativas ao processo de trabalho de toda a equipe multidisciplinar (médicos, fonoaudiólogas, dentista), no laboratório de chagas predomina o discurso informal, a formalização dos encontros é escassa. No laboratório de AIDS, as reuniões acontecem por grupo de pesquisas, há a dificuldade de uma discussão conjunta, devido ao grande número de profissionais.

No discurso dos gestores, a missão de cada laboratório reflete a missão do IPEC que é o desenvolvimento de atividades de assistência e pesquisa na área das doenças infecciosas em articulação com a Rede, que é um ponto crítico já abordado pelos discursos dos profissionais. As dificuldades de encaminhamento dos pacientes para a realização de procedimentos ou exames em outras instituições de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) são descritas como um grande obstáculo ao tratamento, como por exemplo a colocação de marcapasso em pacientes chagásicos. Na ausência de uma articulação com a rede, os profissionais usam sua rede de contatos pessoais.

Garantir a integralidade da atenção à saúde é um dos principais desafios do Sistema de Saúde Brasileiro, para isso é primordial estruturar as redes de atenção capazes de oferecer de maneira coordenada ações que articulem os diversos serviços e que garantam a continuidade do cuidado ⁴⁸.

A análise dos três laboratórios nos permite dizer que apesar do desconhecimento da PNH pela grande maioria de gestores e profissionais de saúde, o IPEC traz na sua filosofia de trabalho a humanização, através da criação de vários mecanismos para a melhoria da qualidade de atendimento ao usuário, como melhorias na ambiência, a Associação “Lutando para viver Amigos do IPEC”, a criação da ouvidoria, o hospital dia e a existência do Comitê de Humanização do IPEC, que momento está capacitando profissionais de vários setores, como multiplicadores da Política Nacional de Humanização.

O Hospital dia é voltado principalmente para pacientes de AIDS, oferece atendimento ambulatorial e internações por um período de no máximo doze horas para a realização de procedimentos complexos de diagnóstico, como coleta de material para exames e medicação. Sua finalidade é diminuir ao máximo a atividade hospitalar na rotina do paciente com para humanizar o atendimento e diminuir o risco de internação.

O Comitê de Humanização do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) é formado por uma equipe multiprofissional que se encontra quinzenalmente, busca sistematizar e fortalecer ações já implantadas e fomentar novas práticas voltadas à humanização da atenção em saúde no âmbito do Instituto, representa o IPEC junto à Câmara Técnica de Humanização do Ministério da Saúde.

O Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) é uma Instituição de Pesquisa. Nos discursos dos profissionais de saúde e gestores, ao utilizar todos os critérios da Pesquisa para a assistência, a qualidade do atendimento melhora, fato confirmado pelo discurso dos usuários.

A aplicação da démarche nos três laboratórios deu-se de formas distintas. Enquanto a equipe do laboratório de leishmaniose teve uma participação ativa em todo processo e entendeu o método como uma forma do grupo se ver como equipe, de discussão do processo de trabalho, de definir sua missão frente o ambiente interno e externo. A equipe do laboratório de chagas não respondeu da mesma forma, não houve integração durante a aplicação da démarche, talvez devido à falta de continuidade dos encontros neste caso.

No laboratório de leishmaniose, a liderança e a motivação da chefia ao convocar para a participação todos os atores do laboratório estimulou a reflexão e discussão coletiva de todas as etapas do método. A partir dos resultados parciais do projeto “Humanização nos serviços de saúde: como interferir nos processos de gestão no trabalho e produção de saúde considerando a dimensão cultural em diferentes abordagens” no qual esta pesquisa está inserida verificou-se que a experiência da aplicação do enfoque démarche neste laboratório foi baseada no diálogo entre a direção estratégica e os profissionais da ponta nas análises, avaliações e elaboração de um plano comum ⁴⁹ .

Os discursos dos profissionais dos laboratórios de chagas que participaram do método denotam dificuldade de compreensão das etapas da démarche, considerada como cansativa e repetitiva. O gestor do laboratório em seu discurso revela que os recursos humanos de ponta, quando são altamente qualificados têm dificuldade de participar de atividades inerentes da gestão. Devido a problemas de agenda do gestor, dos pesquisadores e consultores, a aplicação da démarche no laboratório de AIDS foi de

certa forma prejudicada, além disso, a complexidade do laboratório em termos de número de equipes, de ensaios e de cortes é um obstáculo a aplicação da démarche, que tem um caráter de discussão coletiva do processo de trabalho.

A aplicação da démarche em Instituições de Pesquisa traz novos desafios. Embora o método tenha sido desenhado para organizações do tipo profissional, que têm como características a grande autonomia e a especialidade técnica de seus profissionais altamente qualificados, a discussão do processo de trabalho numa Instituição de Pesquisa, onde a pesquisa é dominante e precisa estar articulada com a assistência e ao ensino, a complexidade aumenta. Além de responder às necessidades de atendimento aos usuários, há os objetivos relacionados à pesquisa que precisam ser considerados. Assim o processo de trabalho necessita ser discutido ou enfrentado por profissionais e gestores conjuntamente, atendendo às exigências dos usuários, em articulação com a rede de assistência e às enormes exigências da pesquisa. As agendas dos pesquisadores, sempre lotadas, devem ser consideradas ao se marcarem reuniões, oficinas de trabalho para discussões coletivas e para o desenho de estratégias de enfrentamento dos problemas.

As Instituições de saúde como organizações profissionais são constituídas por um conglomerado de unidades independentes altamente especializadas na qual o trabalho é coordenado por ajustamento mútuo e a tecnoestrutura tem fraco poder de ingerência sobre os processos operacionais. A falta de articulação entre as diversas especialidades e equipes e o alto grau de autonomia de seus trabalhadores dificulta a criação de espaços para discussão do processo de trabalho e a mudança das práticas⁵⁰.

O objetivo da proposta da humanização engloba a criação de uma nova cultura de atendimento, baseada na comunicação entre os atores envolvidos no processo do trabalho na saúde. A démarche pode ser um enfoque potencializador da humanização através de um sistema de gestão colegiado e participativo⁸.

Embora o método tenha um grande potencial para a criação de espaços coletivos e de comunicação, a experiência da aplicação do enfoque no IPEC é recente e ainda não se pode tirar conclusões definitivas sobre sua contribuição para o processo de mudança cultural como potencializador da humanização, porque isso exige um tempo histórico maior. Contudo podemos afirmar em concordância com outros autores sobre o potencial

do método para ampliar os espaços de participação e conseqüentemente da humanização da assistência^{8,49}.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho é resultado de muitos momentos de angústia no meu dia a dia de trabalho. Através dele pude refletir e compreender as raízes das práticas “desumanizantes” na produção do trabalho em saúde.

A minha realidade de um Hospital de Emergência do município do Rio de Janeiro já era para mim conhecida, profissionais insatisfeitos com as condições de trabalho e com os baixos salários, usuários revoltados com um modelo de atenção muitas vezes perverso, apesar da discussões sobre humanização na assistência hospitalar há mais de dez anos.

A partir da minha inserção na pesquisa de campo pude perceber que poderia existir uma realidade diferente numa ilha de excelência. Esse é o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, cuja missão é realizar atividades de pesquisa, ensino e assistência na área de doenças infecciosas. Mas como um Instituto que realiza pesquisa com seres humanos percebe o conceito de humanização?

Em relação ao conhecimento da Política Nacional de Humanização podemos concluir que apesar do desconhecimento pela maioria dos profissionais e gestores dos laboratórios de Leishmaniose, Chagas e AIDS, o IPEC desenvolve muitas práticas de humanização, ao oferecer atendimento de qualidade em termos tecnológicos, com acolhimento, com a melhoria dos ambientes da assistência e das condições de trabalho dos profissionais.

De acordo com as diretrizes específicas da PNH na atenção hospitalar, o IPEC possui um grupo de trabalho de humanização, ouvidoria em funcionamento, garantia de visita ao paciente em dois horários pela manhã e à noite, palestras realizadas pelo sobre os direitos e deveres dos usuários realizadas pelo Serviço Social durante a espera pelas consultas, o hospital dia, a associação dos amigos e pacientes do IPEC.

A existência de um Comitê de Humanização recém- atuante com a participação de uma equipe multiprofissional, que está sendo capacitada em cursos sobre humanização é outro ponto positivo para a consolidação e disseminação do conhecimento da Política Nacional de Humanização no IPEC.

Ao aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores, usuários, trabalhadores e gestores na produção de saúde, a Política Nacional de Humanização implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. A humanização traz como valor o vínculo com os usuários e a melhoria das condições de trabalho para os profissionais de saúde para que possa participar como co-gestores de seu processo de trabalho²⁸.

Numa Instituição de Pesquisa reconhecida pela sua excelência, onde gestores, profissionais de saúde e usuários tem orgulho de fazer parte de sua história, há um grande potencial para a disseminação da Política Nacional de Humanização: *“A ciência deve servir a humanidade e a pesquisa clínica é a forma mais humana de se fazer ciência. O IPEC é o exemplo vivo desta humanização científica.”* (frase encontrada num cartaz do Pavilhão de Ensino do IPEC, escrita pelo Dr. Abelardo Araújo).

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MATTOS, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIR, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 41-66.
2. BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização em Saúde: um novo modismo. **Interface**, Botucatu, v.9, n.17, 2005, p. 389-394.
3. DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1. São Paulo, p. 07-14, 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000. In DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1. São Paulo, p. 07-14, 2004
6. CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. Campinas, SP: Hucitec, 2003.
7. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** , v. 35, n. 1. São Paulo, p. 103-109. 2001.
8. ARTMANN, E; RIVERA. F. J. Humanização no atendimento e gestão comunicativa. In: DESLANDES, S.F. (Org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006, p. 205-231.
9. ROUQUARYOL. M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6ªedição. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

10. FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
11. FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
12. CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
13. BARROS, J. A. C. Pensando o Processo Saúde Doença: a que responde o Modelo Biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1. São Paulo, p. 1-11, 2002.
14. ARAGON, L. E. P. A espessura do encontro. **Interface**, Botucatu, v.7, n. 12, 2003, p.11-22.
15. MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 5ª edição. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil; 2001.
16. MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001: p. 7-19.
17. TESSER, C. L; LUZ, M. T. Uma Introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2002, p. 363-72.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: Unidade de Aprendizagem – Trabalho e Relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro.. FIOCRUZ, 2005. p. 53-104.
19. SCHAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**. Limites da Liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.
20. MERHY, E. **Saúde: A Cartografia do trabalho vivo**. São Paulo. Hucitec. 2002.

21. AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, 2004: p. 16-29.
22. CECCIM, R. B., MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**, Botucatu, v.13, n. 1, 2009: p.531-42.
23. . HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, v. 38, n. 1, São Paulo, 2004: p. 13-20.
24. TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAES, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do acolhimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004, v. 20, n. 1: p. 80-88.
25. FORTES, P.A.C. “Ética, direito dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n 3, 2004: p. 30-35,
26. DESLANDES, S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S.F. (Org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006, p. 33-47.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão**. Brasília: Ministério da saúde, vol. 1, 2006.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.
29. BRASIL Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado. Relatório Final**. (Série Histórica do CNS; nº.2, Série D. Reuniões e Conferências).Brasília: 2000.

30. MACHADO, C. V. **Novos Modelos de Gestão Hospitalar..** Gestão Contemporânea nas Organizações de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto Reforsus. Brasília, 2002. Unidade 6. Módulo II. p. 81-102.
31. ARTMANN E. **Enfoque da Démarche Stratégique na Gestão Hospitalar.** In: MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. (orgs). Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 277-323.
32. ARTMANN E., RIVERA F.J.U. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação de prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2: p. 479-499.
33. ANDRADE, M.A.C, ARTMANN, E. Démarche estratégica em unidade materno infantil hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009; 43 (1): 105-1
34. MINTZBERG, H. **Structure e Dynamique des Organisations.** Paris: Lés Éditions d' Organisation, 1982 In ARTMANN, E. Démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca a mudança através da comunicação e solidariedade em rede, 2002. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
35. PORTER, M.E. Choix stratégiques et concurrence. Ed. Econômica, Paris, 1982. In ARTMANN, E; RIVERA, F..JU. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação de prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2003; 8 (2): 479-499.
36. ARTMANN, E. Démarche Stratégique (gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca a mudança através da comunicação e solidariedade em rede, 2002. **Tese de Doutorado**, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

37. MINTZBERG, H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Editora ATLAS; 2003. In ANDRADE, M.A.C, ARTMANN, E. Démarche estratégica em unidade materno infantil hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, 2009; p.105-14.
38. RIVERA. F. J. U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Universitário de Lille, França. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, 1991: p. 73-80.
39. MINAYO, M.C.S .(org); DESLANDES, S.F; GOMES, R. Pesquisa Social: **Teoria, Método e Criatividade**, 26^a ed., Rio de Janeiro. Editora Vozes, 2007.
40. VICTORA, C. G.; KNAUT, D. R.; HASSEN, M.N. **A. Pesquisa Qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial Ltda, 2000.
41. MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**, 11^a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
42. LEFRÈVE, F. ; LEFRÉVE, A.M.C. ; TEIXEIRA, J. J.V.O. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
43. LEFRÉVE, A.M.C; CRESTANA, M.F; CORNETTA, VK. A utilização da metodologia do discurso coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU, **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n.2, 2003: p. 68-75.
44. FRANCO, T.; BUENO, W.S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, 1999: p. 345-353.
45. TEIXEIRA, R. R. Estudo sobre a técnica e a saúde, 2003. **Tese de Doutorado**, São Paulo. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

46. HENNINGTON, E.A. Gestão do processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, 2008: p. 555-61
47. FILGUEIRAS, S. L. Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização. In: DESLANDES, S.F. (Org). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006, p. 205-231.
48. LIMA, J. C. Agir Comunicativo e coordenação em Sistemas de Serviços de Saúde: um estudo no serviço de atendimento móvel de urgência da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, 2008. **Tese de Doutorado**, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
49. ANDRADE, M.A.C., O Enfoque da Démarche Estratégica em Instituições de diferentes níveis de complexidade: instrumento potencializador da humanização numa cultura em transição, 2009. **Tese de Doutorado**, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- 50 MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. São Paulo. Editora ATLAS, 2003.