

REJANE VIEIRA VIANA

A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO: CONSTRUINDO UMA  
NOVA CULTURA

Dissertação apresentada como requisito  
para conclusão do Mestrado Profissional  
em Saúde Pública – Gestão de Sistemas  
de Serviços de Saúde da Escola Nacional  
de Saúde Pública/ Fiocruz.

Orientadora:  
Elizabeth Artmann

BRASÍLIA  
2004

## *Sumário*

Abstract/Resumo	3
1. Introdução	4
2. Objetivos e Estratégias Metodológicas	10
3. Discutindo o Atendimento Humanizado	11
3.1 Acolhimento com responsabilização – uma mudança de atitude	13
3.2 Trabalho dos profissionais – o resgate da humanização	18
3.3 Construção de uma cultura organizacional – a gestão humanizada	25
3.4 Algumas direções para o processo de construção de uma cultura organizacional humanizada	27
4. Avaliação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar	32
4.1 Breve histórico	33
4.2 Resultado da Pesquisa de Avaliação – O que realmente ficou do PNHAH?	48
4.2.1 A conclusão da pesquisa – pista para um novo olhar?	55
4.3 Conhecendo experiências em hospitais da Paraíba – uma amostra do PNHAH	57
4.4 Avaliação do PNHAH no Hospital Regional da Asa Sul	65
4.4.1 Características do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS)	74
4.4.2 O processo de implantação do PNHAH no Hospital Regional da Asa Sul	78
4.4.3 Relato do trabalho com o Grupo de Trabalho de Humanização do HRAS	82
5. Visão de Futuro – Política Nacional de Humanização	97
6. Considerações Finais	102
7. Referências Bibliográficas	109
8. Anexos	113

## **Resumo**

Este trabalho relata a avaliação dos resultados alcançados com a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) a partir da análise das ações desenvolvidas no Hospital Regional da Asa Sul, utilizando alguns instrumentos da *démarche stratégique*. Complementando o estudo, foram analisados os documentos relativos à implantação do programa nacionalmente, assim como o relato de experiências em hospitais participantes do programa no estado da Paraíba.

Este trabalho tomou a humanização em três perspectivas: acolhimento e direito ao usuário; trabalho dos profissionais; e construção de uma nova cultura organizacional de humanização, que permita considerar a subjetividade em sua indiscutível relação com os processos de gestão.

O trabalho propõe o investimento numa perspectiva onde a humanização apareça uma dimensão mais abrangente, atuando para possibilitar a fim de aumentar a valorização e a participação efetiva dos gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, tanto na atenção como na gestão em saúde, como cidadãos conscientes de seus direitos e deveres.

**Palavras-chave:** Humanização; Políticas de Saúde; Gestão; *Démarche Stratégique*; cultura organizacional.

## **Abstract**

This paper reports an evaluation of the results reach with the National Program of Hospital Assistance Humanization. For that evaluation, it takes the actions development in *Hospital Regional da Asa Sul* and uses some instruments of *démarche stratégique*. To complement the study, were analyzing the documents about the implantation of Program in all country and the experiences of the hospitals of Paraíba, which were include in the Program.

This paper takes the humanization in three perspectives: holding and user's rights; professionals work; and the construction of a new organization culture about humanization which permits consider the subjectivity in its indisputable relation with the manager process.

The paper proposes the investment in a perspective where the humanization appears in a wide-ranging dimension, acting to increase the appreciation and the effective participation of managers, professionals and users of health system, as in health care as in health manager, like citizens who are conscious about theirs rights and duties.

**Key words:** Humanization; Health Policy; Management; *Démarche Stratégique*; Organizational Culture

## ***1. Introdução***

A Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Para atender aos preceitos constitucionais, foi estabelecido como modelo de política de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS), representando um marco na luta pelos direitos de cidadania.

Quatro anos após a promulgação da Constituição de 1988, foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde tendo como tema oficial: Sociedade, Governo e Saúde. A humanização está presente nas contribuições publicadas para realização dos debates no artigo: “A luta na saúde pela defesa da vida e algumas questões sobre o seu sujeito formulador: contribuições para o planejamento e a gestão dos serviços” que trata de um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida, no tocante à relação instituição-usuário. No artigo, a humanização é citada pautando as diretrizes na garantia do acesso ao serviço à informação e a todos os recursos tecnológicos necessários para a defesa da vida. (MERHY, CECILIO e NOGUEIRA, 1992: 4)

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, a humanização pauta as discussões de forma mais abrangente como podemos perceber no tema escolhido para a conferência: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social. Para isto, discussões foram realizadas no Conselho Nacional de Saúde, tendo como resultado o documento “Efetivação da Acessibilidade e Humanização da Atenção à Saúde no SUS” (BRASIL/MS/CNS, 2002a). Dessa forma, podemos observar que a humanização é um item já inserido no contexto das discussões para implantação e implementação do Sistema Único de Saúde.

O SUS apresenta avanços importantes ao longo de 15 anos de criação. A ampliação do acesso às ações de saúde é visível, especialmente com relação à atenção básica. Outro avanço se dá na participação social por meio das discussões levantadas ao longo das conferências de saúde com representantes de todo o país.

Porém, problemas ainda são enfrentados diariamente pelos gestores, principalmente com relação à oferta desordenada dos serviços que leva a grandes filas de espera e uma demanda reprimida da atenção ambulatorial e hospitalar. As urgências e emergências que atendem 24 horas funcionam como “porta de entrada” para todas as demandas da

assistência, inclusive da atenção primária. Além de limitação na capacidade instalada os gestores enfrentam restrições orçamentárias e dificuldades gerenciais.

Esse cenário é reconhecido pelo gestor federal como um item preocupante. A proliferação de prontos atendimentos que funcionam 24 horas, sem condições de equipamentos e materiais adequados para atender às urgências e sem articulação com o restante da rede, oferecem um atendimento de baixa qualidade e pequena resolutividade. (BRASIL/MS, 2002a: 59)

Outro problema, de ordem maior para o gestor federal do SUS, está relacionado às diferenças regionais. A lógica do SUS tem como base a descentralização das ações por meio da regionalização e da municipalização de forma articulada entre os gestores, municipais, estaduais e federal. Contudo, as diferenças regionais não permitem um atendimento universal e integral de forma homogênea entre as regiões. São necessidades diversas exigindo planejamentos diferenciados.

Os 5.560 municípios existentes possuem populações que variam de mil habitantes até 10 milhões de habitantes, a exemplo do Município de São Paulo. Dessa forma, temos uma diversidade não só populacional, mas de desenvolvimento econômico e social, tornando necessária a adoção de políticas públicas de acordo com cada realidade regional.

Para atender às diretrizes de um sistema universal, único e descentralizado, foram instituídas a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, definindo os papéis institucionais para a gestão do SUS e a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade e sobre as transferências governamentais de recursos financeiros.

A definição das competências de cada gestor do sistema foram delineadas nos instrumentos operacionais, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1993 e 1996 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001 (NOAS/2001). As NOBs apresentaram critérios de habilitações voluntárias para estados e municípios se tornarem autônomos a partir de diferentes graus de responsabilidades com a gestão.

A NOAS/2001 amplia as responsabilidades com a atenção básica, define melhor a hierarquização entre os serviços de saúde, de forma a garantir o acesso ao cidadão de todos os níveis de atenção, o mais próximo de sua residência. Dentre as definições estabelecidas na NOAS/2001 para a alta complexidade, está a formulação de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Investimentos na qualidade e eficiência do SUS foram realizados, representando avanços para a consolidação do sistema, seja no tocante aos programas de promoção como na infra-estrutura dos serviços, em novas tecnologias e no tipo de financiamento das ações de saúde.

É inegável a abrangência da cobertura e do acesso, apesar de uma grande parcela da população ainda sofrer por falta de atendimento, ou esperando horas em filas para ser atendida, sem contar as longas distâncias que precisa percorrer até o serviço de saúde mais próximo, correndo o risco, ainda, de receber um atendimento de baixa qualidade.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2002, para acompanhamento do acesso à assistência hospitalar com relação ao tempo de espera por leitos hospitalares, foi apurado que a média de espera é de 13,99 dias (1,29 a 27,32) entre a indicação médica e a efetiva internação. Mesmo sendo dados preliminares, é possível observar que a média tem uma variação expressiva entre os estados e que aumenta quando se trata de procedimentos que não exigem urgência na internação. (BRASIL/MS, 2002a: 191)

No relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, no item que trata do acesso aos serviços do SUS, os participantes reconhecem as dificuldades enfrentadas pelos usuários do sistema devido à desorganização e desvinculação dos serviços, levando a população a amargar em longas filas de espera. Reconhecem que há dificuldades de acesso à atenção de média e de alta complexidade, mesmo nas cidades-pólo. (BRASIL/MS/CNS, 2000b: 29) Esses são fatores que contribuem para o atendimento precário e de baixa qualidade.

Outros problemas podem levar a um atendimento de baixa qualidade, como falta de condições para realização do trabalho por parte dos profissionais de saúde, sobrecarga

de horas trabalhadas ou até mesmo pela falta de uma comunicação adequada entre os profissionais e o usuário a ser atendido.

Diante do grande número de queixas referentes aos maus-tratos nos hospitais que constantemente são assuntos na mídia nacional, fica demonstrado que um dos pontos críticos do Sistema Único de Saúde está voltado para a qualidade do atendimento prestado aos usuários do sistema.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, enquanto gestor federal do SUS, investiu na melhoria da gestão hospitalar e na melhoria do atendimento oferecido a população, procurando contribuir para a construção de uma cultura de atendimento humanizada. Programas voltados para a área materno-infantil foram implementados como o do Parto Humanizado, Mãe Canguru e Hospital Amigo da Criança. Em junho de 2001, foi lançado para o atendimento hospitalar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

Um outro ponto relevante que reafirmou a importância do tema humanização foi após a eleição de 2002, que consagrou Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores, como Presidente da República, a gestão da saúde se volta para uma nova fase da Reforma Sanitária, com uma política de inclusão e gestão participativa do sistema, como está colocado nas Diretrizes Sobre a Reformulação dos Modos de Gestão e de Atenção à Saúde<sup>1</sup>, ressaltando o papel do Ministério da Saúde como agente das mudanças em prol da descentralização e da gestão participativa no SUS. (BRASIL/MS, 2003a s/p.)

Por que pensar em humanização? O que leva a essa necessidade? Diversos fatores têm pautado as reflexões sobre a perda da humanização ou “desumanização” seja no tocante à formação dos profissionais de saúde, no ambiente dos serviços de saúde ou na violação dos direitos dos pacientes, especialmente voltados para o consentimento e autonomia, entendidos como respeito à dignidade do ser humano.

---

<sup>1</sup> Texto elaborado por Gastão Wagner de Sousa Campos, Secretário-Executivo, como apoio para o Seminário do Colegiado do Ministério da Saúde ocorrido nos dias 8 e 9 de fevereiro de 2003.

No ambiente dos serviços de saúde essa realidade se soma à sobrecarga de horas trabalhadas por parte dos profissionais de saúde, que em virtude dos baixos salários são obrigados a trabalhar em vários locais para sobreviver. As condições de trabalho também são relevantes nesse cenário. As gestões dos serviços têm demonstrado que ainda falta muito para um atendimento que seja universal e com equidade.

A implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) deu-se de forma peculiar, por tratar-se de um convênio entre o Ministério da Saúde e uma organização não-governamental, o Instituto A Casa que passou a exercer a coordenação técnica operacional, mantendo relações diretas com os hospitais, em muitos casos sem uma interlocução efetiva das secretarias estaduais e municipais de saúde. Esse fato resultou num distanciamento das questões e problemas que envolvem a gestão do SUS, passando o Ministério a uma postura apenas normativa e de financiamento do programa, o que dificultou a sua continuidade após o encerramento do convênio, já que em muitas secretarias de saúde faziam parte do programa um pequeno grupo de pessoas ou mesmo uma só. A proposta inicial era de capacitação de multiplicadores nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para que possibilitasse a continuidade das ações.

Um outro fator que contribuiu nesse aspecto foram às mudanças de gestores após eleições estaduais, que ao assumirem muda o quadro de pessoal atingindo aquelas que estavam à frente dos grupos de humanização nas secretarias. Em outros casos, a gestão que assumia não valorizava a necessidade de programas de humanização, especialmente, aqueles que não possuem recursos próprios destinados para implantações.

Na gestão atual do Ministério da Saúde, a humanização assume uma dimensão de política, como diretriz para pautar todas as ações de saúde para o SUS,

“... urge que se trace uma **política de humanização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde – SUS** aqui entendida não apenas como um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos equipamentos de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em todo o SUS. (...) Como política ela deve



traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas Unidades e equipamentos de saúde, entre as instâncias que constituem o SUS.” (BRASIL/MS, 2003b, s/p)

Diante do fato da humanização estar sendo adotada como uma política, e que buscará agregar os programas de humanização existentes, torna-se relevante a necessidade de uma avaliação do PNHAH de forma a contribuir com a condução da política de humanização. O fato da parte teórica do PNHAH estar em sintonia com a política de humanização, como podemos perceber em um dos objetivos do programa que preconiza “possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS”, reforçou a relevância desse estudo, no sentido de procurar constatar, se na prática, isto aconteceu.

É importante ressaltar que se tratou de uma análise diferenciada da que foi adotada pelo próprio programa. Nesta investigação procuramos fazer um levantamento do processo de implantação a partir de levantamento realizado nos documentos do PNHAH, das pesquisas realizadas durante sua vigência e da aplicação de instrumento de avaliação e participação das reuniões do Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital Regional da Asa Sul, hospital participante do programa no Distrito Federal. Nesse trabalho, aponta-se os pontos dificultadores e facilitadores da implementação do programa a partir da construção de um instrumento de análise próprio, tendo com parâmetro a utilização de formatos adotados na adaptação da *démarche stratégique* em experiências brasileiras em hospitais do Rio de Janeiro (ARTMANN, 2002).

Um ponto relevante que interferiu na condução desse estudo, e aqui abro um parêntese para me colocar, foi o convite em agosto de 2003 para integrar a equipe do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização da Secretaria-Executiva/MS, possibilitando uma ampliação do entendimento da humanização na saúde, o que enriqueceu o conteúdo ora apresentado.

Participar do processo de implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) está sendo uma experiência muito rica, tendo em vista o contato com os profissionais

que estão à frente desse processo<sup>2</sup> e os que integram a equipe de consultores matriciais e regionais da PNH, com vasta experiência em saúde pública e humanização, está sendo um aprendizado intensivo, que proporciona um crescimento constante. É viver a teoria e a prática no mesmo momento, num processo de gestão participativa e co-gestão, fazendo-me sentir sujeito do processo no sentido de pensar juntos um sistema de saúde resolutivo e mais humanizado.

## ***2. Objetivos e Estratégia Metodológica***

O objetivo geral desse estudo foi analisar alguns resultados da experiência de implantação do PNHAH, visando apontar algumas perspectivas de futuro no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) no Distrito Federal, e suas contribuições para uma mudança cultural voltada para uma maior humanização do atendimento a partir da realização de quatro ações pontuais:

1. Analisar a experiência de implantação do PNHAH no HRAS.
2. Elaborar um instrumento para identificar os fatores chave de sucesso do PNHAH no HRAS.
3. Contribuir para a construção de uma proposta de melhoria no processo de humanização do atendimento no HRAS.
4. Contribuir para a discussão de uma Política Nacional de Humanização que se integre ao SUS.

Inicialmente, estava prevista uma atuação maior junto ao Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do HRAS, porém o momento de encerramento do programa nacionalmente e a espera por novas diretrizes para a humanização por parte do grupo, assim como a situação precária por que estava e está passando à saúde pública no Distrito Federal, contribuíram para que o trabalho realizado com o GTH não cumprisse a proposta inicial de construção coletiva para intervenção no Hospital Regional da Asa Sul. Foram construídos dois instrumentos e aplicados com os integrantes do GTH/HRAS, com a direção do hospital e com as coordenações dos cinco segmentos

---

<sup>2</sup> A PNH está vinculada ao Gabinete da Secretaria-Executiva/MS, secretário Gastão Wagner de Sousa Campos, e a condução da PNH, Regina Duarte Benevides de Barros e Paulo Sérgio Carvalho.

escolhidos para análise: Parto Humanizado, Mãe Canguru, Banco de Leite Humano, UTI Pediátrica e o atendimento às mulheres e crianças vítimas de violências.

Para suprir essa lacuna no estudo, optamos por ampliar a avaliação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, a partir da leitura crítica dos resultados das pesquisas realizadas pela coordenação do PNHAH em 96 hospitais e dos documentos e relatórios existentes no Ministério da Saúde sobre o programa, utilizando também visitas e apresentações das ações desenvolvidas em hospitais que integraram o programa no estado da Paraíba, onde tive a oportunidade de visitar como consultora do Núcleo Técnico da PNH, no período da retomada das atividades de humanização pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

### ***3. Discutindo o Atendimento Humanizado***

Optamos por tratar a humanização na saúde com enfoque nas três linhas de ação: acolhimento e direito ao usuário; trabalho dos profissionais; e construção de uma nova cultura organizacional humanizada. Essa opção deve-se à necessidade de buscar uma forma, para além do enfoque tecnológico e administrativo, de maior sensibilidade e um olhar atento para a subjetividade que envolve as relações dentro das unidades de saúde, sem desvinculá-la dos processos de gestão.

Trata-se não apenas de estabelecer normas e procedimentos, mas de algo maior, e conseqüentemente mais demorado, que envolve a construção de sujeitos, a valorização da pessoa e dos direitos e deveres de cada um, seja o usuário, o profissional de saúde ou o gestor, em prol do estabelecimento da cidadania na construção de uma nova cultura, um novo modo de agir.

Esse, sem dúvida, é um processo que passa pela educação no sentido amplo, educação para a mudança. Trata-se da construção permanente do ser atuante e crítico, responsável e envolvido, ciente do seu papel de integrante de uma coletividade. Isto requer mudanças de atitudes por parte de todos e exige a responsabilização do profissional, o envolvimento de quem está gerenciando, a integração entre as equipes de trabalho e o respeito ao usuário e a sua rede social.

O usuário, por sua vez, deverá educar-se para agir não mais como “paciente” de paciência, renegação, como se estivesse recebendo um favor, neutro, e sim como um ser “atuante”, com autonomia para decidir sobre sua saúde e sua vida. “O homem transformando o mundo se transforma”. (FREIRE, 1987: 114)

Paulo Freire no seu tratado sobre a educação como prática libertadora, fala da relação entre a humanização e desumanização e dessa necessidade de transformar a realidade: “a relação entre desumanização e humanização, bem como o fato de que ambas demandam a ação dos homens sobre a realidade, ora para mantê-la, ora para modificá-la, para que evitemos as ilusões idealistas, entre elas a que sonha com a humanização dos homens sem a transformação necessária do mundo em que eles se encontram oprimidos e proibidos de ser.” (FREIRE, 1987: 115)

O quadro da realidade nos hospitais da rede SUS tem apontado cada vez mais para situações “desumanas” e muitas vezes cruéis. Não só por uma desestruturação da rede, em consequência de inúmeros fatores específicos do setor saúde, mas também pelo fato do Brasil ser um país onde imperam as desigualdades sociais, a falta de emprego, de moradia e de condições de vidas dignas que interferem diretamente na saúde da população. É importante observar, que parte dos problemas apresentados na mídia são referentes às estruturas físicas sucateadas e a falta de atendimento, apresentando longas filas de espera, ou pacientes nos corredores.

Apesar dessa realidade que aparece com frequência na mídia, em pesquisa de satisfação dos usuários realizada pelo Ministério da Saúde, a partir de 2002, para avaliar os principais fatores de qualidade da assistência hospitalar por meio de um cartão resposta, anexa à carta enviada aos usuários após atendimento, foi feita a seguinte observação: “em geral, é interessante ressaltar que as pessoas que tiveram experiências direta com os serviços hospitalares oferecidos pelo SUS deram uma opinião favorável, apesar da imagem dos serviços públicos de saúde ser frequentemente negativa.” (BRASIL/MS, 2002a: 185)

Essa observação nos leva a refletir que a “desumanização” está não só relacionada com a atenção, mas também com a gestão. Não é suficiente para humanizar, apenas mudar a atitude do profissional, é preciso dar acesso, reorganizar a rede de forma a possibilitar

mudanças concretas para o atendimento digno a todos os que procuram o sistema de saúde.

Oliveira (2002: 1) in Lima & Rocha (2003: 185) aponta a humanização como um dos indicadores para o acompanhamento da concretização dos princípios e diretrizes do SUS:

“A proposta de humanizar a assistência da saúde, mais do que um discurso vem do reconhecimento, por parte dos trabalhadores, usuários do sistema de saúde e dos gestores da necessidade de produzir mudanças (...) Ao falarmos de humanização, não se trata de discursos piegas no sentido de fazer caridade, mas sim da necessidade de se construir relações entre sujeitos, o profissional e o usuário, portadores de conhecimentos e experiências diferentes, onde possa reconhecer no outro a capacidade de expressar, compreender, tomar decisões e agir sobre problemas de saúde.”<sup>3</sup>

### ***3.1 Acolhimento com responsabilização – uma mudança de atitude***

Para tratarmos a questão do acolhimento e da responsabilização como uma mudança de atitude dentro das unidades de saúde, escolhemos primeiro tomar como base a questão do cuidado na abordagem adotada por Boff (2002b: 95) que o coloca como algo que entra na constituição do ser humano: “é um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado deixamos de ser humanos”. Entendemos a necessidade do resgate das atitudes inerentes ao seres humanos, perdidos no dia a dia das dificuldades de sobrevivência, nas condições precárias de trabalho, na falta de educação, de saúde e de qualidade de vida.

Alguns estudos derivam a palavra cuidado do latim *cura* e *coera*, usada como atitude de cuidado, desvelo, preocupação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Se é algo inerente ao ser humano, estamos vivendo um momento que nos parece ter algo adormecido, escondido, temos que de alguma forma, trazer à tona, sem partir da visão simplista e caridosa do cuidar, mas pegá-lo pela sua essência.

Como bem coloca Boff, (2002b: 97) o grande desafio é combinar trabalho com cuidado. Nessa junção está a integralidade da experiência humana, ligando à materialidade com a espiritualidade e trata o cuidar como uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Se fizermos uma interligação entre as palavras de Freire sobre a educação como prática libertadora e o conceito de cuidado de Boff poderemos passar a construir uma humanização para a saúde com uma abrangência capaz de modificar a realidade. As palavras de Boff (2002b: 102) compartilham dessa crença –

“dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a todo despotismo e a toda dominação. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo. Significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado.”

Essa linha de pensamento enquadra-se perfeitamente no trabalho voltado para o cuidado com a saúde, em que muitas vezes em prol da eficiência tecnológica, não se permite o olhar para a subjetividade que envolve a dor e a doença e as condições emocionais da pessoa.

Os hospitais do SUS estão a exigir mudanças tanto na reorganização da rede como na infra-estrutura de trabalho e na qualificação dos profissionais, assim como uma mudança de atitudes por parte de todos. Sabemos que tratar da saúde de uma população está diretamente ligado a melhores condições de vida, implica em ter trabalho, moradia, escola, alimentação adequada e, acima de tudo, ter dignidade.

O acolhimento tendo como enfoque o cuidado na visão ampliada adotada por Boff passa a ser um elemento não só de melhoria específica do atendimento, com agilidade e redução de danos, mas um fator de transformação e de participação efetiva do usuário enquanto cidadão consciente dos seus direitos e deveres.

---

<sup>3</sup> Grifo no original

Nessa perspectiva, tomemos as definições de acolhimento (BRASIL/SMS/SP, 2002:14) “é a arte de interagir, construir algo em comum, descobrir nossa humanidade mais profunda na relação com os outros e com o mundo natural”. Em Campos (2003: 163), o acolher é definido mais especificamente para a saúde e leva em consideração a questão do acesso da escuta e dos limites necessários para um atendimento qualificado, entendido como receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Trata-se de adequar o modo de receber a busca de ajuda por parte da população, nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão dos limites necessários.

Quando avaliamos as ações de humanização desenvolvidas nos hospitais do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, verificamos que na sua maioria as ações estavam voltadas para questões mais superficiais, que não deixam de ter importância, como a melhoria das salas de espera, decoração nos berçários e UTIs infantis, mas que efetivamente não solucionam as questões mais complexas como o acolhimento e, principalmente, o acesso que consideramos ações cruciais. Precisamos agir em todas as áreas dentro de uma mesma lógica de produção de saúde e produção de sujeitos.

Para Franco et al, (1999: 347), o acolhimento, enquanto diretriz operacional propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo de princípios que passam pelo atendimento de todas as pessoas com acessibilidade universal, reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para a equipe multiprofissional – equipe do acolhimento e a qualificação da relação trabalhador e usuário pautada por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Para levarmos adiante a humanização nas unidades hospitalares, como algo que venha a interferir e modificar a qualidade do atendimento ofertado, acreditamos que o acolhimento, a responsabilização da equipe e a co-gestão têm surtido efeitos positivos, provocando melhorias efetivas. Acolher implica mudanças na dinâmica de funcionamento do hospital. Significa uma integração maior com a rede de saúde, dar acesso rápido e eficiente, desburocratizar, realizar avaliação de riscos levando em consideração a complexidade e sofrimento do usuário, sem ter como prioridade a ordem

de chegada. Outros fatores de fundamental importância que estão relacionados ao acolhimento são a responsabilização e vínculo por parte da equipe que acolhe, a privacidade do usuário e o respeito à autonomia.

Vários autores apontam para a importância do vínculo entre o profissional de saúde e os usuários dos serviços (MERHY, 2002, CECÍLIO, 2000) Destacamos a necessidade de mudanças nas práticas de saúde apontada por Campos (1994) a partir da questão do vínculo profissional/equipe de saúde com o paciente, como um dos instrumentos capazes de potencializar transformações nessas práticas. Com o vínculo, prende-se tanto à busca de maior eficácia (aumento do potencial de curas), como a valorização da constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes.

Avanços no sentido de humanizar o atendimento já foram conquistados principalmente nos programas voltados para o recém-nascido, como os hospitais Amigos da Criança, o modelo Mãe Canguru, para os recém-nascidos de baixo peso, bem como para as gestantes, no acompanhamento durante o trabalho de parto, no parto humanizado, e no direito ao acompanhamento de crianças e de idosos. Porém procedimentos burocráticos ainda são adotados, sem levar em conta o paciente e a questão das visitas abertas e do acompanhamento para pacientes que não se enquadram nessas faixas etárias. Horários são adotados pela administração dos hospitais, impedindo muitas vezes um pai ou pessoa próxima da rede social de dar uma atenção, que só irá beneficiar a recuperação do paciente.

Esse aspecto passa pelo direito do cidadão como é apresentado na definição de humanização de Freitas e Hossne (2002: 131):

“Entendemos, porém, como humanização o esforço de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas, considerando a sua autonomia nas escolhas para defender seus interesses, sua necessidade de valorização e desenvolvimento do autovalor, de pertencer a determinado grupo social e de se sentir aceito, de ser escutado e compreendido, entre outras coisas que constroem a sua dignidade.”



Nesse contexto, a humanização está diretamente ligada à responsabilização com o trabalho desenvolvido, com uma interação com o entorno de cada usuário. É necessário ter consciência do todo que o envolve, sair do olhar para a doença e passar a enxergar a pessoa e a situação de fragilidade que a acompanha, ao mesmo tempo respeitando sua autonomia para gerir a própria vida, mesmo num momento de fragilidade.

Para isto, é preciso que exista uma mudança de atitude não só dos profissionais de saúde, como dos usuários do sistema. É preciso passar a ser usuários cidadãos, conhecedores dos seus direitos e deveres e profissionais de saúde cidadãos também conhecedores dos seus direitos e deveres. Só então será possível pensar-se em acolhimento e responsabilização no sentido de humanizar a atenção à saúde.

No Projeto Paidéia de Humanização do Hospital Municipal Mário Gatti, em Campinas/SP, o acolhimento é vivenciado dentro de uma perspectiva ampla, considerando o acolhimento como uma postura, um referencial que deve marcar a forma de atender dos profissionais. Em algumas unidades, o acolhimento é realizado com classificação e avaliação de risco. (BRASIL/ SMS/HMMG, 2003)

Acreditamos, a partir dessa perspectiva que o acolhimento em algumas unidades de saúde, a exemplo dos prontos socorros e prontos atendimentos, deve ter início com a avaliação ou classificação de risco, priorizando os casos de maior complexidade. Para isso, é importante se pensar na criação de protocolos para essas recepções, não esquecendo que os problemas relacionados às condições de trabalho deverão ser enfrentados exigindo uma estrutura gerencial que valorize essas novas posturas. O importante é conseguir a responsabilização de toda a equipe de saúde bem com dos outros profissionais, desde a parte administrativa até o pessoal de apoio e limpeza, fazendo com que todos sejam engajados na resolução imediata dos problemas apresentados.

O entendimento ampliado de acolhimento e responsabilização passa também pela satisfação profissional e pelo exercício da criatividade para resolver os problemas enfrentados diariamente. Não podemos deixar de levar em consideração toda a subjetividade que está presente no compartilhamento de conhecimentos.

Trata-se de um movimento que envolve além da reorganização dos processos de trabalho, passa também pelos sentimentos e modo de ser cada integrante da construção coletiva. São espaços onde estão presentes tensões, divergências e inseguranças. Nesse sentido, o olhar atento para a construção de ambientes produtivos com espaços de discussão com respeito e confiança deve ser o fio condutor de toda construção da grupalidade. A mobilização individual deve caminhar para o enriquecimento de cada um e do coletivo.

### ***3.2 Trabalho dos Profissionais – o resgate da humanização***

“A humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade como um todo. Não podemos esquecer que uma sociedade violenta, iníquo e excludente interfere no contexto das instituições de saúde.”  
Pessini. L.; Pereira e et al.

As profissões da área da saúde têm características diferenciadas e específicas. A história da medicina deu à figura do médico uma posição de destaque e de soberania em relação aos outros profissionais da saúde. Citando Merhy (2002: 117) que reforça esse pensamento, temos: “Nos últimos séculos, o campo da saúde foi constituindo-se como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir foi tornando-se hegemônico.”

Essa posição com relação ao modo médico de agir tem destaque no Brasil, a partir do século XIX, com a institucionalização da medicina no processo de medicalização da sociedade, entendendo medicalização segundo Mattos (2002: 49): “processo social através do qual a medicina foi tomando para si a responsabilidade sobre crescente número de aspectos da vida social”. Era uma forma de imprimir costumes que possibilitassem a contenção de práticas nocivas à saúde e de proliferação de epidemias. Como descreve Castro (2003: 96), “assim, o discurso médico tornou-se assessor do Estado para assuntos ligados à resolução dos problemas sanitários.”

Nesse contexto, tem o início da medicina social e o hospital passa também a ter um papel voltado para o cuidado com a vida, deixando de ser apenas o espaço, “depósito”,

dos “que estão morrendo” à margem da sociedade (pobres, loucos, prostitutas) configurando ao médico uma posição de destaque na organização hospitalar.

Com a medicalização da sociedade, surgem também questões em torno da formação do médico, da postura diante do paciente e de suas práticas. Ao longo do século XX, entra nesse contexto as idéias de uma medicina preventiva em contraponto à medicina fragmentada. Um avanço importante deu-se a partir da introdução de tecnologias que incluem máquinas, equipamentos de diagnósticos e medicamentos, mudando a forma de cuidar da saúde.

Os avanços tecnológicos na área da saúde reforçam o modelo centrado em prescrições e na produção de procedimentos, se afastando da dimensão do cuidado do ato da fala e da escuta, apesar da inserção do trabalho em equipe e da necessidade de outros profissionais de saúde para dar conta dos aparatos tecnológicos. Franco e Magalhães (2003: 41) quando fazem uma reflexão sobre a rede básica de saúde com base em autores como Campos (1992), Merhy (1998) e Franco (1999) refletem que o ato da fala, da escuta, em que o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo ao longo do tempo substituído pelo ato prescritivo e ressalta que o atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial que utiliza um altíssimo consumo de máquinas, instrumentos tecnológicos e medicamentos como principal recurso de diagnóstico e terapia, pouco resolutivos e fragmentado, desvinculado da subjetividade, da história de vida, determinantes no processo de saúde e doença.

Segundo Campos (1994: 39), os avanços científicos da medicina também reforçaram o poder centrado no médico e suas especialidades:

“... evidenciei também que, à revelia da orientação ideológica das correntes, todas elas respeitavam os interesses básicos dos médicos, identificando-os como uma defesa da tradição, da autonomia profissional e do predomínio do poder médico nos serviços de saúde, isto mesmo quando a permanência dessas características se opusesse às necessidades da maioria”.

Com a profissionalização das áreas relativas à saúde e com a inclusão de novas tecnologias, o campo da saúde ganha aliados de peso para a cura de doenças antes sem nenhuma possibilidade de reversão. Esses avanços anteriormente mencionados passam a focalizar a doença e a cura com predomínio dos valores da eficiência técnico-científica, se deslocando do lado humano da relação com a pessoa doente.

Pessini et al (2003: 208) comenta sobre esse aspecto: “em nome de uma medicina mais científica e eficiente, o corpo e o saber sobre o corpo são fragmentados e o paciente despersonalizado.” E completa que, em termos de sofrimento humano e despersonalização do doente, esse custo é muito alto.

Essa despersonalização se torna mais evidente quando pensamos no doente dentro do hospital, quando é tratado pelo nome da doença que carrega ou por um número, sem vínculo com nenhuma equipe de profissionais, sendo atendido cada dia por uma pessoa diferente. Rollo (1997: 323) comenta: “O doente é de todos e não é de ninguém, é de um ser abstrato chamado instituição ou hospital.”

Um outro aspecto a ser observado refere-se à fragmentação dos atos de cuidado com o paciente sem o estabelecimento de um vínculo. Merhy (2002: 103) problematiza a fragmentação dos atos sobre o paciente e comenta: “Os produtos vinculados à dimensão propriamente cuidadora ficam plenamente centrados nas lógicas corporativas e de produção de procedimentos, assim o vínculo passa a ser um exame, uma consulta, por exemplo.”

Um modelo de organização sem uma comunicação e integração adequada entre a equipe de trabalho e dessa com o paciente impedem a construção de laços e fortalecimento das relações e coloca o paciente numa posição de apenas mais um objeto de trabalho dessa equipe, sem vínculo e muito menos responsabilização. A resposta da equipe se limita ao período em que está exercendo a tarefa, depois é transferido para o próximo que vai executar os procedimentos.

Rollo (1997: 324) alerta que a supervalorização dos procedimentos que “acabam sendo concebidos como se fossem a razão de ser dos profissionais, confundindo os meios com os fins. Os profissionais deixam de ser responsáveis pelos doentes e passam a ser

responsáveis pelos procedimentos, fragmentando o processo terapêutico e dificultando a definição do responsável pelo acompanhamento integral do doente”.

Essa situação não é apenas uma questão de organização de rotinas de trabalho, temos que pensar o porquê desse distanciamento com relação ao paciente, ao trabalho em equipe e da falta de responsabilização. Hoje, temos para esses profissionais jornadas de trabalho excessivas, com condições e infra-estruturas precárias e uma superlotação das unidades hospitalares. Nos hospitais públicos, os profissionais da saúde enfrentam situações de contradição entre o direito de todos à saúde e a exclusão pela falta de condições para atender à demanda apresentada, levando a dilemas éticos para escolher quem deverá ter possibilidade de recuperação da saúde perdida, sendo que em muitos casos, chega-se ao extremo de decidir quem terá o direito a viver.

Porém, mesmo nos hospitais privados essas características estão presentes, o que leva a buscarmos novos elementos para tentar entender e procurar indicar caminhos para uma mudança efetiva em prol da melhoria da qualidade de vida de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Santos (2001: 81) fala do processo do trabalho médico e dos outros profissionais e define como: “evidentemente caótico, se considerados os direitos humanos da população usuária e dos próprios profissionais, que se obrigam a atender no ‘sufoco’ e/ou com condutas técnicas nem sempre as mais recomendadas, e/ou com relação fria (não solidária e acolhedora)” e aponta para os dados de uma pesquisa realizada em 1995 pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) – perfil dos Médicos no Brasil – que já constatava a sobrecarga de trabalho dos médicos. Desses, 75% deles trabalhavam em até três atividades, 49% trabalhavam em regime de plantão e 80% mencionavam “desgaste” profissional. Ressalta: ao que a evolução dos fatos revelou nos últimos cinco anos, esses indicadores não devem ter melhorado, apesar dos depoimentos favoráveis dos médicos que exercem sua profissão nas atividades de Saúde da Família e na Atenção Básica de Saúde.

A organização dos processos de trabalho é um dos pontos cruciais a ser enfrentado no sentido de uma mudança nos serviços de saúde. Mudança que possibilite o caminho

para a valorização das tecnologias leves (campo das relações) no sentido de promover o cuidado integral a pessoa.

Começar a pensar na inclusão da humanização na formação dos profissionais de saúde, com ênfase nas relações pessoas e nos processos de trabalho que valorizem responsabilização e vínculo com o paciente poderá ser um caminho para ajudar na melhoria da qualidade do atendimento oferecido.

Pensar numa mudança de atitude, no resgate da simplicidade das relações e no envolvimento com responsabilização e zelo significa mudar a organização das unidades hospitalares, inserindo procedimentos, como o acolhimento com responsabilização da equipe, dentro de um processo de construção de sujeitos, profissionais co-responsáveis pelos processos que envolvem a saúde de todos. Trata-se de valorizar profissionais cidadãos responsáveis, mais acima de tudo, conscientes e felizes pela profissão escolhida.

Seria necessário, sem dúvida, uma mudança de paradigma com relação ao trabalho e a forma de encarar a sua finalidade, com uma visão ampliada e interligada das relações entre o mundo vivido profissionalmente, sem dissociá-lo da sua vida cotidiana dos sentimentos e desejos. Nesse sentido, o conceito de mundo, segundo Habermas (1987) apud Artmann (2002), ampliado e tríplice (mundo objetivo, normativo e subjetivo) que deve ser considerado em relação ao mundo vital, formado pela cultura, pela sociedade e pela personalidade, ajudaria a quebrar a visão objetivista da relação médico-paciente, por exemplo, problematizando a relação entre sujeitos para além da forma sujeito-objeto.

Não pretendemos aqui aprofundar esse tema, porém apontar possíveis caminhos que valorizem projetos interdisciplinares. Outros autores já se utilizaram desse caminho como suporte para projetos interdisciplinares do Agir Comunicativo Habermasiano, a exemplo de Artmann que trata também da mudança de paradigma e de cultura.

Na teoria da Ação Comunicativa de Habermas, além da ação teológica ou estratégica que se refere ao mundo objetivo, estão incluídos três tipos de ação: normativa voltada para as normas sociais que se relaciona com o mundo objetivo e o normativo. A ação expressiva voltada para a comunicação que inclui os estados internos ou subjetivos dos

indivíduos e que tem relação com um mundo externo e interno. E a ação comunicativa que pressupõe o uso da linguagem em todas as suas dimensões e referida ao mesmo tempo aos três mundos, articulados pelo mundo da vida. A ação comunicativa seria a base de todas as outras formas. A autora destaca: “ ... a construção do conceito de ação comunicativa pressupõe uma mudança de paradigma da consciência ou da filosofia do sujeito para o paradigma da comunicação ou da intersubjetividade.” (ARTMANN, 2000: 122)

O que gostaríamos de ressaltar é a importância de se abordar a humanização a partir de uma perspectiva mais ampla que exige pensar projetos de maturação de médio e longo prazos, pois pressupõem mudanças mais profundas para além da racionalidade da busca de fins apenas referida ao mundo objetivo. Pressupõe normas, valores, conteúdos éticos, que se expressam nas relações intersubjetivas que permeiam o fazer cotidiano dos profissionais de saúde dentro e fora das organizações, envolvendo o mundo da vida dos diferentes atores que compartilham com a situação de cuidar da saúde.

Concordamos com Gomes et Arora (2001: 128) quando escrevem sobre a humanização das relações interpessoais no cotidiano hospitalar e fala na percepção de fragilidade no profissional que expressa seus sentimentos:

“A expressão de sentimentos e afetividade tende a ser percebida como fragilidade, tornando a relação entre profissionais, e desses com pacientes, formalizada, na qual não ocorre percepção dos próprios sentimentos e os dos pacientes e sua dor. [...] Não havendo ambiente para a expressão de sentimentos, de dores, perdas e medos ocultos por uma formação que não prepara emocionalmente os profissionais para lidar com a morte e a dor, a equipe de saúde termina acumulando acentuado estresse, tensão e agressividade, ocasionando atritos e desarmonia no ambiente de trabalho e desgaste emocional.”

Santos (2001: 81-84), em seu artigo sobre a formação ético-humanista do médico aborda a “desumanização” dos profissionais da saúde. Segundo ele, o desgaste e o sofrimento, sejam profissionais ou pessoais, atinge tanto os médicos mais bem-sucedidos como aquela grande maioria menos bem colocada na escala competitiva. Santos utiliza o

termo “desumanizados” ao referir-se a esses profissionais, e completa, “ao humanizar sua relação com a população usuária dos serviços de saúde e com cada cliente (no seu domicílio/comunidade, na sala de espera, no consultório e no hospital), o médico e demais profissionais humanizam-se a si mesmos.”

Essas reflexões devem estar presentes como elemento fundamental para pautar a capacitação dos profissionais de saúde, bem como ao repensar/reorganizar as ações desempenhadas no cotidiano dos hospitais.

É urgente pensar a humanização com uma visão ampliada, que envolve tanto a parte objetiva de desburocratizar a administração como questões subjetivas relativas às pessoas, sejam os profissionais ou usuários. É preciso perceber a humanização na reorganização da rede de saúde, integrando os vários segmentos dessa rede, não podemos mais pensar no hospital isoladamente.

Para que o SUS funcione como um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade que seja capaz de tratar a saúde de forma integral em seus vários aspectos é preciso repensar a humanização na atenção e na gestão, como também na formação de seus profissionais. Esses aspectos envolvem a gestão participativa e a co-gestão. Como coloca Barros (2003: 4):

“Só é possível pensar a saúde de qualidade que queremos quando operamos efetivamente em modelos de co-gestão, com conflitos explicitados e enfrentados entre os atores e fazendo avançar a organização regionalizada do sistema. (...) Mas é também no nível dos serviços e equipamentos de saúde que precisamos repensar e propor outros modelos de gestão que impliquem a ampliação da participação dos trabalhadores em sistemas de co-gestão, com democratização das relações de trabalho, estímulo à conformação de equipes multiprofissionais e de caráter transdisciplinar, com política de educação permanente valorizadora e qualificadora das capacidades dos trabalhadores.”



### ***3.3 - Construção de uma cultura organizacional – a gestão humanizada***

“A Cultura e a Saúde são atributos humanos. Referem-se às pessoas; e estão, portanto, sujeitas à variação social e histórica. A cultura e as concepções sobre saúde e doença condicionam o modo de vida dos seres humanos.”  
*Gastão Wagner de Sousa Campos*

*Será possível construir uma nova cultura que seja humanizada dentro das unidades de saúde? O que nos leva a crer nessa mudança? Como fazer esse processo acontecer?*

A construção de uma cultura humanizada dentro das organizações de saúde passa por aspectos específicos e distintos, mas que se imbricam no decorrer dos acontecimentos. Trata-se de processos gradativos que implicam na mudança da postura do profissional diante do trabalho, do grupo e da vida, como já foi citado no item anterior, na transformação do paciente em usuário cidadão, levando em consideração seus direitos e deveres e a organização dos serviços de saúde dentro de uma lógica de acolhimento e responsabilização. “... os padrões estabelecidos condicionam o comportamento das pessoas; no entanto, as pessoas modificam esses padrões, reconstruindo valores e concepções.” (CAMPOS, 2003: 37)

Tomaremos como ponto de partida para esse caminho da gestão humanizada a ótica adotada pela atual gestão federal do SUS em relação à política de humanização que pretende atuar transversalmente em todas as suas instâncias, entendendo que; “...a humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir direitos dos pacientes e seus familiares, é estimular que eles se coloquem como atores do sistema de saúde...”<sup>4</sup>. (BRASIL/MS, 2003)

Artmann (2002: 14) destaca, por exemplo, que para Thévenet (1986) duas questões são fundamentais na relação entre cultura e gestão: a coesão interna da organização e a relação com o meio, no sentido de modificá-lo criativamente. Assim, no que diz respeito ao tema da humanização inclusive, a competência na gestão não se refere apenas à

---

<sup>4</sup> O referido texto foi disponibilizado via e-mail para os trabalhadores do Ministério da Saúde que participaram das Barracas da Saúde, uma iniciativa da política da humanização.

capacidade de resolver problemas internos à organização, mas também à inter-relação com outras organizações pela realização da missão institucional (no caso a humanização) e à referência ética, no tratamento e avaliação de situações.

Para Thévenet apud Artmann (2002: 13), a cultura é um conjunto de referências compartilhadas na organização e que se produzem historicamente nos processos de aprendizagem inerentes ao enfrentamento de problemas. É preciso refletir, portanto, sobre como as configurações simbólicas, típicas da cultura, interferem no enfrentamento dos desafios relacionados à humanização do atendimento em saúde e como esses podem impactar a cultura organizacional, em processos interativos de intervenção, a partir da dupla perspectiva apontada acima, ou seja, na relação com o ambiente externo e na coesão interna organizacional.

Para pensar em mudança de cultura organizacional, é preciso também compreender alguns conceitos de cultura. Para Motta (1997: 27), a definição de cultura situa-se no âmbito da codificação e da referência pautando atitudes:

“...a cultura é linguagem, é código. Ela fornece um referencial que permite aos atores dar um sentido ao mundo em que vivem e a suas próprias ações. Ela designa, classifica, liga, coloca ordem. Define os princípios de classificação que permitem ordenar a sociedade em grupos distintos, desde os grupos totêmicos até as categorias profissionais. (...) a cultura influencia assim as orientações que tomam, no seio de cada conjunto social, os jogos estratégicos por meio dos quais cada indivíduo defende seus interesses e suas convicções.”

Motta utiliza os elementos da comunicação como pontos norteadores para o entendimento das características de uma cultura, *o referencial, o dar sentido ao mundo, ordenar*. É através da comunicação que as relações se estabelecem, que adquirem corpo. É nesse ambiente que as mudanças acontecem na busca do consenso de interesses. Nessa perspectiva, dar voz ao paciente e aos profissionais é incluí-los nesse processo, em que os seus direitos também pautarão as mudanças necessárias para uma cultura mais humanizada.

Outro ponto relevante é o baixo sentimento, por parte dos profissionais, de pertencer à organização. Artmann (2002: 282) propõe utilizar o processo de decisão estratégica como forma de reverter essa tendência, fazendo com que o ambiente passe a ser entendido como um recurso e que se atue criativamente para o desenvolvimento de sinergias e parcerias formando redes de colaboração.

Artmann (2002: 280), com base em Mintzberg (1982) e Crémadez (1997), define as principais características de uma organização profissional de saúde. Na sua definição, são destacadas as independências do grande número de unidades de saúde especializadas com suas normas e procedimentos diferenciados. A autonomia profissional que contribui para um fraco sentimento de pertencer à organização. E entre outras características foi observada também a ausência de linhas hierárquicas rígidas. Esses são alguns destaques da análise, que juntamente com o baixo sentimento de pertencer à organização levam ao entendimento de que entre outros problemas a serem enfrentados para a mudança de cultura, “a organização está centrada em si mesma”.

Rivera (1996:13) sugere a necessidade de estabelecer formas de comunicação e de coordenação do trabalho de vários setores e profissionais, assim como negociar o esquema de poder. Pontua também a necessidade da adoção de uma gestão comunicativa que leve em conta variáveis estratégicas de poder.

Para entender esse mundo e suas regras, todos que dele fazem parte precisam ter voz e ser ouvidos. O respeito deve pautar as atitudes e a comunicação tem o papel condutor para viabilizar essa relação de troca, contribuindo para o estabelecimento de um ambiente mais humanizado.

### ***3.4 Algumas direções para o processo de construção de uma nova cultura organizacional humanizada***

“estamos apostando que é possível alterar esta situação, tendo claro que os hospitais são importantes equipamentos na garantia da equidade, integralidade da assistência na defesa da vida, e que os defensores da Reforma Sanitária devem ter propostas concretas que visem à superação do modelo assistencial hegemônico nos hospitais e a relação desse com os sistemas de saúde.”

*Adail de Almeida Rollo*

Rollo (1997: 336), a partir de experiências e reflexões teóricas vividas no Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde (Lapa/Unicamp), que presta assessoria às secretarias de saúde, aponta para o delineamento de ações que podem mudar o quadro negativo da assistência hospitalar a partir de práticas de saúde que favoreçam a criação do vínculo e da responsabilização na equipe, com mudanças nas lógicas que possibilitem orientar a organização do processo de trabalho. Os principais nós apontados a serem enfrentados são: responsabilização e vínculo; o doente como cidadão, como sujeito em seu processo de recuperação e cura; resolutividade; e integração do hospital com o sistema de saúde.

Artmann (2002a: 20) destaca no enfoque do método da *démarche stratégique* também o pensar a rede como um todo, levando em consideração os vários níveis de complexidade para a construção de um projeto amplo. E ressalta que a implantação de um projeto gerencial deverá ser progressiva e negociada e que se apoie na democratização das estruturas de poder, no fortalecimento da comunicação interna com formas de avaliação e de prestação de contas. Esses pontos aqui se colocam como possibilidades para um processo integrador do pensar a atenção e a gestão como forma de contribuir para a mudança de cultura dentro das unidades de saúde e da própria rede.

O que gostaríamos de assinalar é que todo esse esforço no sentido de mudar a cultura não garante para onde essas mudanças tenderão. Aposta-se pelas experiências vivenciadas em especial em alguns hospitais do SUS, para resultados positivos. Sabemos que uma cultura que mude atitudes precisa estar forte, precisa ser legitimada no sentido de estar incorporada pelo corpo que dela faz parte. No enfoque da *démarche stratégique*, é reconhecido que a cultura tanto pode ser um recurso como um obstáculo no processo de mudança organizacional, contudo aposta na gestão estratégica como forma de valorizar traços positivos da cultura e abordá-la como recurso.

O Hospital Público Regional de Betim, em Minas Gerais, tem uma experiência com a assessoria do Lapa que aponta para a mudança na rotina do hospital, para o respeito aos usuários e para responsabilização e vínculo. Definiram-se como eixos principais de atuação: quebrar a dureza do hospital (rotinas decorrentes da institucionalização das pessoas), garantir o respeito aos usuários, resgatar o vínculo e a responsabilização dos

profissionais pelos pacientes, propiciar respeito e dignidade no exercício das várias profissões que se concretizam no espaço chamado hospital. (OLIVEIRA, 1997: 346)

Após cinco meses de funcionamento do Hospital Regional de Betim, foi realizada uma avaliação pela direção, levando em conta não só as questões internas do hospital, mas também a sua relação com a rede de saúde local. Ressalta-se que a situação do município na área da saúde, nesse momento, era de avanço em relação a outros municípios do país, tendo diretrizes definidas para toda rede, com foco no acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade. O trabalho era realizado na perspectiva da co-gestão, criando-se um colegiado gestor com a participação de gerentes de todas as unidades de saúde. Um dos problemas apontados está relacionado à necessidade de avanços na comunicação lateral entre os profissionais das várias unidades de saúde que interferem diretamente nos encaminhamentos feitos ao hospital pelas outras unidades. (OLIVEIRA, 1997: 339)

Quanto ao modelo assistencial, no hospital de Betim, foram adotadas diretrizes para a organização dos processos de trabalho. Destaque para o modelo de gestão com gerência única por unidade com comando de todos os recursos humanos, materiais e físicos, com a formação de colegiados por unidade e a utilização de prontuário único com a participação de todos da equipe. Vale destacar que foi montada uma estrutura em que cada leito possui uma equipe responsável constituída de médico enfermeiro e técnico de enfermagem. Na avaliação, é apontada como o maior desafio gerencial a discussão do trabalho em equipe.

Dificuldades também foram apontadas e estão relacionadas à elaboração do plano terapêutico único e em como fazer com que os integrantes da equipe façam a corrida aos leitos juntos.

“Nesse processo percebemos claramente que o pessoal técnico e auxiliar têm mais clareza do seu papel na equipe. Os médicos, muitas vezes, entendem que a troca de conhecimento implica a perda de seu poder dentro do hospital, e resistem à proposta. Os enfermeiros são os profissionais que apresentam maior conflito com a nova forma de atuar e ficam em dúvida quanto à sua

função, por não terem mais as atribuições que hoje são dos gerentes.” (OLIVEIRA, 1997: 346)

Essas peculiaridades reafirmam as características apontadas no início desse capítulo com relação a postura dos profissionais da saúde.

Algumas conquistas com relação aos pacientes e sua rede social com direito a acompanhante, ampliação do horário de visitas e flexibilização das normas do hospital foram também apontadas. Apesar do apresentado, a avaliação aponta:

“É preciso mudar o espaço físico, as cores das paredes, trazer arte e a comunicação para dentro do hospital. Faz-se necessário reconhecer os pacientes como sujeitos e humanizar as relações. O mais difícil dessa tarefa é o processo de mudança proposto para atuação individual e coletiva dos trabalhadores. Sempre que a equipe dirigente defende os interesses dos pacientes e familiares, os trabalhadores entendem esta defesa como desvantajosa para eles. É como se fossem dois interesses opostos, parecem duas lógicas incompatíveis.” (OLIVEIRA, 1997: 351)

Com esses relatos, fica claro que a construção de uma cultura humanizada é um processo que leva tempo, que precisa da participação e do interesse de todos em mudar. O importante é que temos experiências que apontam para a viabilidade dessas mudanças com benefícios concretos na valorização da pessoa, seja o profissional ou o usuário do sistema de saúde.

Em Campinas, no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti que atende 50% das urgências/emergências da cidade e é também um hospital de referência em apoio diagnóstico para a região central, sul e parte do sudoeste, vem sendo desenvolvido, desde 2001, um trabalho no sentido de humanizar o atendimento, nessa mesma linha de

atuação, a partir do Projeto Paidéia de Saúde<sup>5</sup> que foi implantado no sistema de saúde de Campinas com o sentido de desenvolvimento integral do ser humano.

No documento que descreve o Projeto Paidéia de Humanização da Assistência e da Gestão no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, escrito para debate e reelaboração com as equipes do hospital, estão apontadas as diretrizes no sentido de: centralidade no atendimento acolhedor, resolutivo, com responsabilização e envolvimento dos doentes e familiares no processo de recuperação, por meio da qualificação dos vínculos entre os profissionais e usuários, complementaridade e solidariedade entre as equipes e a gestão participativa. (BRASIL/SMS/HMMG, 2003)

Três linhas de ação foram definidas: acolhimento e responsabilização; clínica ampliada e equipe de referência; e participação dos servidores – co-gestão. Como estratégia de implantação, foi proposto que o Núcleo Executivo do hospital, com o apoio das áreas de desenvolvimento de pessoal e coordenação de informação e avaliação, pactuasse com as coordenações/unidades o projeto de ação gerencial e a sistemática de avaliação. Esse processo envolve, entre outros itens, o estímulo e valorização da horizontalidade da jornada de trabalho, das áreas assistenciais para facilitar a constituição das equipes de referência, capacitação das equipes ampliando as práticas clínicas e o trabalho em equipe.

Esses modelos ora apresentados apontam para uma linha de ação que entendemos ser adequada para o processo de construção de uma cultura organizacional humanizada que respondem na prática às necessidades da ação na construção de sujeitos cientes da importância de sua participação efetiva em prol de uma vida mais digna e feliz para todos, seja no papel de profissionais ou usuários dos sistemas públicos de saúde. outros modelos existem nessa linha de ação, assim como outros métodos já são adotados na busca da atenção e da gestão humanizada.

Quanto ao processo de mudança de cultura organizacional, destacamos como relevante experiência de aplicação da *démarche stratégique* (ARTMANN e RIVERA, 2003), mesmo que nesse estudo não possamos aprofundar, vale citar como indicação para

---

<sup>5</sup> A denominação Paidéia quer dar o sentido de uma abordagem ampliada, global sobre as questões de saúde particularmente no que diz respeito à gestão. Na Grécia Clássica esse termo queria expressar a formação integral do ser humano. (Campos, 2000 in Campos, 2003: 169)

pautar ações relativas a gestão em unidades de saúde dentro de uma perspectiva de gestão participativa, da co-gestão para construção de espaços democráticos e participativos, compromissados com a construção de sujeitos e com a rede social que envolve as unidades de saúde já que aspectos relevantes são trabalhados quando se utiliza esta estratégia.

Na *démarche stratégique*, é levado em consideração a perspectiva da complementaridade com o sistema local de saúde, buscando transformar a concorrência em colaboração. Outros fatores a serem observados estão relacionados à responsabilização dos atores, à intensificação das estruturas em rede interna, ao diálogo multidisciplinar e à transversalidade. (ARTMANN e RIVERA, 2003)

#### ***4. Avaliação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)***

Nesse capítulo, buscaremos fazer uma breve avaliação crítica do processo de implantação do PNHAH, a partir da análise dos documentos produzidos pela coordenação do programa, das informações contidas no *site humaniza.org.com.br* e das experiências de hospitais no Estado da Paraíba, participantes do PNHAH. Uma outra estratégia de avaliação utilizada, foi a aplicação de alguns instrumentos da *démarche stratégique* no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) no Distrito Federal, hospital participante do programa desde a primeira fase. Para isso, foram realizadas reuniões com o Grupo de Trabalho de Humanização do HRAS e visitas aos cinco segmentos escolhidos para avaliação.

A intenção dessa análise é possibilitar um melhor entendimento da humanização do atendimento adotado pelo PNHAH e apresentar caminhos para a construção de uma cultura humanizada que possa fortalecer o SUS no seu papel de oferecer um atendimento, integral, universal e equânime.



#### **4.1 Breve Histórico**

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi inicialmente um projeto piloto implantado em 10 hospitais de diferentes portes em três regiões do país, por um período de cinco meses, de julho a dezembro de 2000. Coordenado pelo Comitê Técnico de Humanização da Assistência Hospitalar, designado pela Portaria SAS/MS nº 210 de 20/6/2001, o trabalho foi desenvolvido por dois profissionais em cada hospital (multiplicadores), com o acompanhamento e supervisão de mais sete profissionais (supervisores), além dos integrantes do Comitê.

Os principais objetivos do projeto-piloto:

- a) deflagrar um processo de humanização dos serviços, de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários clientes quanto dos profissionais;
- b) produzir um conhecimento específico acerca dessas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil. (BRASIL/MS, 2001: 9)

Nos objetivos propostos, podemos perceber a dimensão da pretensão do projeto piloto, *deflagrar um processo de humanização dos serviços de forma vigorosa e profunda, que provoque mudanças sólidas e permanentes*. Aqui não podemos deixar de adiantar uma crítica e nos perguntarmos como fazer isto sem tratar a reorganização da rede, pensando apenas em ações pontuais dentro dos hospitais.

Os hospitais escolhidos para o desenvolvimento do projeto-piloto foram:

Região Nordeste – Hospital Geral César Cals/CE; Hospital Getúlio Vargas/PE.

Região Sudeste – Hospital João XXIII/MG; Hospital Geral do Bonsucesso/RJ; Hospital Dr. Mário Gatti/SP; Hospital Santa Marcelina/SP; Hospital Ipiranga/SP; Hospital Leonor Mendes de Barros/SP; Hospital do Mandaqui/SP.

Região Sul - Hospital Nossa Senhora da Conceição/RS.

A metodologia adotada previa cinco fases que incluía sensibilização, criação do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar (GTH), elaboração do Plano de Ação, implantação ampla do Programa e avaliação da implantação.

A etapa de sensibilização foi direcionada para os dirigentes do hospital e consistia em realização de reuniões, como forma de buscar o comprometimento com a implantação e manutenção das ações de humanização e com as capacitações para os profissionais que atuam nas áreas de segurança, recepção, marcação de consultas, de atendimento em consulta médica, atendimentos ambulatorial e de internação, atendimentos de rotina e de urgência, procedimentos clínicos e cirúrgicos, atendimento em enfermagem, exames laboratoriais, distribuição de medicamentos e encaminhamentos.

A criação dos Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar, definida como a principal ferramenta metodológica pelos idealizadores do programa, teve como objetivo “facilitar a reorganização dos serviços de saúde e de melhorar a qualidade do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, na perspectiva de uma assistência humanizada.” (Brasil/MS, 2003: 2)

Os GTHs formados nos hospitais tinham o papel de divulgar e integrar as ações de humanização, incentivar o diálogo e a comunicação entre os profissionais no sentido de formar uma visão crítica sobre a realidade do atendimento hospitalar.

Na elaboração do Plano de Ação, a linha de trabalho procurou levar em consideração o respeito às características e necessidades de cada hospital. Foi realizado também um encontro dos hospitais participantes para troca de experiências e elaboração conjunta de diretrizes para o Plano de Ação.

Segundo o Relatório de Avaliação do Projeto Piloto (Brasil/MS, 2001: 39) foram realizados encontros com as direções dos hospitais, assim como dos multiplicadores com os supervisores, e dos supervisores com o Comitê Técnico, com o objetivo de discutir os conceitos e indicadores básicos de qualidade no atendimento aos usuários e às condições de trabalho do profissional de saúde.

O Grupo de Trabalho de Humanização, criado em cada hospital tinha a finalidade de orientar e conduzir o projeto-piloto, com o acompanhamento e monitoramento realizados pela dupla de profissionais de capacitação.

Está descrito no projeto (Brasil/MS, 2001: 57):

“Essa elaboração deverá adotar uma metodologia participativa, em duas direções necessariamente correlacionadas:

- a) humanização do trabalho do profissional de saúde (cuidar de quem cuida);
- b) humanização do atendimento ao usuário (cuidar do usuário).”

Propunha-se na implantação uma linha de trabalho tendo como base a valorização e respeito à vida humana. “O desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar implica necessariamente o fortalecimento de uma política de resgate do valor da vida humana, do cuidado ético para com ela e de valores fundamentais, como alteridade, respeito, coerência e responsabilidade social”.

As ações propostas foram:

Para os profissionais;

- criar canais de identificação das necessidades e expectativas do profissional de saúde, bem como canais de retorno dessa avaliação;
- criar cursos de capacitação permanente dos profissionais de saúde com foco na humanização do serviço:
  - trabalho em equipe, conceito de trabalho transdisciplinar, conceito de tarefa, relação entre a tarefa comum e os papéis diferenciados dentro da equipe;
  - estilos de liderança e seus efeitos no grupo;
  - formas de comunicação com clientes externos e internos, conflitos inter e intragrupais;
- criar sistema de apoio psicológico e social aos profissionais;
- formar grupos transdisciplinares para discussão de casos clínicos com foco no trabalho de humanização e/ou discussão de situações de conflito.

Para os usuários;

- criar canais de identificação das necessidades e expectativas do usuário, bem como de canais de retorno dessa avaliação;
- melhorar o sistema de informação, comunicação, sinalização e acesso aos serviços do hospital;
- identificar os profissionais (crachás);
- utilizar áreas do hospital, tal como salas de espera e recepção, como espaço de educação em saúde e/ou espaço para orientação e resolução de problemas;
- criar um sistema de apoio psicológico e social a usuários e familiares;
- implementar formas de participação dos familiares dos usuários e de apoio às suas necessidades;
- planejar formas de participação do usuário em seu processo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento, assim como orientação e acompanhamento aos familiares;
- elaborar um questionário para avaliar o nível de satisfação do usuário.

Para o hospital;

- criar canais de comunicação e parceria com instituições públicas e privadas e com movimentos comunitários;
- aproveitar o trabalho voluntário, orientando-o;
- elaborar fluxograma: identificação e análise de processos críticos no ciclo de serviço total, definição dos limites de cada processo, dos requisitos e necessidades dos profissionais responsáveis, das dificuldades e áreas de conflito, da estrutura material e humana necessária à implantação de melhorias e dos recursos disponíveis;
- elaborar um manual de indicadores básicos de qualidade na humanização da assistência hospitalar;
- planejar um sistema de divulgação interna do programa: seminários, palestras, boletins, vídeos;
- planejar um sistema de divulgação externa do programa: vídeos, comunicação na mídia e com instituições parceiras.”

A relevância em destacar as ações propostas para cada segmento consiste em possibilitar um melhor entendimento da metodologia adotada, permitindo uma análise mais detalhada de alguns dos itens propostos.

Tomemos como exemplo as ações para elaboração de fluxograma com identificação e análise dos processos críticos, definição de limites de cada processo, e das dificuldades e áreas de conflito, sem explicitar de que forma isto deverá ser feito e qual a estratégia para corrigir as deficiências. O fato de mapear os processos com suas dificuldades e necessidades já conseguiria resolver os problemas enfrentados? Quem participa desse mapeamento: a direção do hospital, os chefes de áreas? Em nossa opinião, as ações propostas deixam a sensação de falta de profundidade para lidar com as questões que envolvem a organização de processos em uma unidade de saúde, especialmente nos hospitais.

Consideremos que para iniciar um processo de mudança é preciso uma pactuação, a busca de um consenso entre as diversas equipes que compõem o hospital, além de um pensar a sua articulação para fora, com a rede de saúde.

Cecílio (2000: 1) confirma essa necessidade de consenso; “Sem desconsiderar a necessidade de reorganizações estruturais no sistema de direção e organograma, discuto a prioridade e a necessidade de se desenvolverem estratégias muito específicas direcionadas a criar – de forma prévia a qualquer mudança dos modelos de gestão – um consenso mínimo em torno do projeto de mudança pretendido para o hospital.” Esses aspectos reforçam o pensamento de que tratar processos dentro de unidades de saúde não é tarefa simples e não podem estar dissociados das questões que envolvem a atenção e a gestão sejam elas do universo da objetividade ou da subjetividade.

Na *démarche stratégique*, é destacada a necessidade de um movimento em torno do contrato psicológico, de forma a ligar o indivíduo à organização, estimulando a reflexão coletiva e o aumento das interfaces externas, possibilitando o florescimento de posições mais flexíveis com relação aos problemas enfrentados pelos grupos como pela organização.

Segundo Artmann (2002: 288) a renovação do contrato psicológico depende de três alavancas, o papel da liderança para explorar novas regras do jogo, focalizando progressivamente novo de modo de comportamento, menos individualista, mais solidário, centrado na ação coletiva, valorização das contribuições mútuas, mais aberto às expectativas externas e mais transparentes. O papel da comunicação como forma de integrar o discurso individual no sentido da coesão social e de estabelecer uma releitura da organização, para que seus integrantes sejam reconhecidos como coletividade.

E como terceira alavanca, a apropriação da organização pelos atores como forma de pactuação por meio de uma carta de intenções estratégicas geral para dar unidade às iniciativas locais, um projeto de estabelecimento. Artmann destaca ainda que, como entre o discurso e a real modificação de comportamento há uma distância, é fundamental que seja assumida a análise estratégica como um processo exploratório, como uma aprendizagem permanente.

No modelo de mudança organizacional da *démarche* é estimulada a ampla participação dos atores envolvidos e do comportamento interativo. A mudança e a aprendizagem são elementos naturais e essenciais de caráter permanente nesse processo, assim como a transparência e a argumentação na busca do consenso.

Nesse sentido, não nos parece que esse movimento de integração das partes envolvidas foi levado em consideração durante a implantação do PNHAH, nem tão pouco a ênfase em discussões mais amplas sobre os processo de trabalho e a integração entre os diversos setores da organização, as ações estavam mais voltadas para a própria divulgação do programa do que com o processo a ser desencadeado dentro das unidades de saúde no sentido de caminhar para uma mudança da cultura organizacional, apesar de estar presente nos objetivos propostos.

Parece-nos que os processos são tratados numa visão próxima dos postulados da “Qualidade Total”, e de forma simplificada, em que fazer organogramas, fluxogramas, cartazes com mensagens e colocar a foto do funcionário padrão, pressupõe resolver problemas. A nosso ver a exigência é muito maior para aprofundar essas questões como, por exemplo, ter em mãos dados para conhecer a demanda e a oferta do hospital,

entender a sua relação com a rede de saúde e principalmente, pactuar os interesses das diversas áreas que compõem o hospital.

Além disso, o hospital não existe isolado, no seu entorno tem uma rede social composta de pessoas e necessidades. No documento em pauta, (Brasil/MS: 2001) a mudança organizacional e a formação de uma nova cultura, é tratada sem levar em consideração as diferenças existentes na gestão de cada instituição. Em nenhum momento é referidas na metodologia uma caracterização do perfil da gestão adotada no hospital, nem sua relação com o seu entorno. Cada hospital tem uma missão, e as ações de humanização não poderão estar dissociadas desse contexto, sabemos que existem problemas semelhantes como as filas, a sobrecarga de demandas, entre outros tantos, mas, necessariamente, não deverá ser adotado um modelo de ação com as mesmas estratégias para solucioná-los.

Esse fato fica evidente quando nos deparamos com um dos objetivos do Projeto Piloto: “Produzir conhecimento específico acerca dessas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais...”. Disseminar as experiências é importante, mas isto só não é suficiente, no sentido de uma mudança de cultura.

Os pontos acima descritos com relação a oferta/demanda, relação com a rede de saúde, e forma de gestão, não estão nem citados na avaliação da implantação do Projeto Piloto. A avaliação teve ênfase nos seguintes itens: aspectos relativos aos objetivos propostos, estratégias e metas e aos indicadores para avaliação do trabalho e do atendimento humanizado; análise de dificuldades e erros; identificação de oportunidades de melhoria; implementação de projetos de controle e melhoria. Tudo é muito bem elaborado nos textos apresentados, porém resultados concretos não são possíveis de serem detectados a partir da avaliação realizada.

A pretensão do que está proposto parece-nos irreal para um projeto desse alcance. A mudança de cultura exige mais do que a implantação de um programa, como está descrito no conceito de cultura de Thévenet apud Artmann (2002:13) no segundo capítulo - a cultura é um conjunto de referências compartilhadas na organização e que se

produzem historicamente nos processos de aprendizagem inerentes aos enfrentamentos de problemas.

Nos critérios para avaliação do projeto-piloto, foram levados em consideração o processo de implantação e não os resultados alcançados após o projeto-piloto. Em apenas um item é citado o nível de satisfação dos usuários e dos profissionais. Não sabemos se o atendimento aos usuários foi melhorado, se filas foram reduzidas, se os processos de trabalho foram modificados com resultados positivos.

Essa parece ser uma característica presente também em toda a operacionalização e avaliação do PNHAH. São apresentados números de hospitais que aderiram ao programa, quantos Grupos Técnicos de Humanização existem nos hospitais, quantas pessoas foram capacitadas, quantas portarias publicadas e quantos regimentos internos foram criados, como se apenas aderir ao programa fosse suficiente para mudar atitudes.

Quando analisamos as experiências implantadas (tabela anexa) observamos que muitas das ações foram direcionadas apenas para melhoria de ambientes com pinturas decorativas, instalação de brinquedotecas, bazar com trabalhos manuais, identificação de pacientes, criação de coral para funcionários, entre outras ações.

Esses fatos podem ser um começo, porém após dois anos de implantação apenas esses resultados não são capazes de oferecer subsídios suficientes para consolidar ações de humanização em unidades de saúde.

Muito pouco é colocado sobre as dificuldades encontradas e as soluções adotadas. Na realidade, as experiências que poderiam servir de exemplo, foram pontuais em relação ao montante de hospitais que “supostamente” aderiram ao PNHAH. Muitas delas foram implementadas antes do PNHAH, o que corrobora com a suposição de que as ações implementadas durante o programa se apoiaram em iniciativas já existentes nos hospitais. No mapa das experiências, apresentado no *site* [humaniza.org](http://humaniza.org), as iniciativas mais consistentes já aconteciam há pelo menos um ano, a exemplo dos hospitais na Bahia e no Amazonas.



Após a experiência do projeto-piloto foram sugeridas como proposta para sustentação do programa nacionalmente os seguintes itens:

“Participação constante e ativa da alta administração e do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar; Identificação e aproveitamento de mecanismos de participação comunitária (parcerias com organizações e movimentos sociais); Fortalecimento de uma cultura de atendimento humanizado de saúde através da criação de canais de comunicação e divulgação do programa na mídia; Articulação com projetos de medicina preventiva.” (BRASIL/MS, 2001: 60)

Esses itens são interessantes, contudo segundo nosso critério, não foram tratados de forma profunda, levando em consideração a construção de sujeitos, a valorização da pessoa, seus direitos e deveres e a complexidade do cotidiano hospitalar. Esses pontos parecem ainda mais superficiais quando refletimos sobre as necessidades enfrentadas para organizar a atenção e a gestão dos sistemas de saúde, sinalizando para uma percepção do PNHAH como um programa deslocado das diretrizes preconizadas pelo SUS e dos problemas para atender uma população que tem direito integral à saúde.

Fica mais uma vez explícito que o programa não possuía um vínculo com as questões relativas à saúde pública e com os problemas de atenção e de gestão do SUS. Embora apontasse, nos seus objetivos para a mudança de cultura, não considerou a complexidade que a abordagem da dimensão cultural exige. Tratar o subjetivo não implica em estar dissociado dos problemas diários enfrentados e principalmente de buscar suas causas e soluções, pelo contrário é a intercessão das tecnologias com o ato cuidador que compõem o ato de saúde, como explica Merhy (2002: 124), na produção de um ato de saúde coexistem vários núcleos de saberes e de agir, e sempre haverá um núcleo operando que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações com os usuários.

Mudar cultura, construir novos modos de percepção e de agir envolve também a mudança organizacional, e nas unidades de saúde esse processo passa por aspectos em vários níveis de complexidade, desde as questões administrativas e gerenciais até a

relação com o usuário e a rede social de que faz parte. Como bem coloca Cecílio (1997: 295) quando propõe um roteiro para intervenções em hospitais públicos como forma de qualificar o atendimento prestado:

“Devemos, pois tentar explicitar, na abertura de qualquer trabalho em nível hospitalar, e da forma mais clara possível quais são os atores envolvidos e/ou interessados (ou não...) em uma proposta de mudança organizacional, quais suas motivações e os recursos que controlam e, centralmente, quais os seus projetos.”

E explica que por projeto entende algo em que estão inseridos financiamento, regime jurídico, definição de clientela, relação com o SUS, articulação das categorias profissionais e a inserção nos processos de trabalho e na construção de equipes, incorporações tecnológicas entre outros aspectos a serem observados em um projeto de mudança dentro de um hospital.

Uma característica presente na maioria dos hospitais do projeto-piloto, são as iniciativas de humanização voltadas para a área de saúde da mulher e pediatria. É ressaltado, no referido relatório, que esses programas não são conhecidos do restante do hospital.

Uma questão que nos leva à reflexão quando analisamos o material que descreve a implantação da assistência humanizada é: se a sustentação do PNHAH estava ligada aos programas de humanização já existentes, a exemplo do Parto Humanizado, Programa de Mãe Canguru e Hospital Amigo da Criança. Em muitos hospitais as iniciativas foram focadas nessas áreas. Será que uma proposta de integração mais direta entre as outras áreas dos hospitais com as ações desses programas e entre esses programas, não seria a direção mais lógica, já que eles existiam anteriormente?

Em um dos objetivos do PNHAH está colocada essa preocupação em fortalecer as iniciativas já existentes, porém, não temos dados que demonstrem o fortalecimento das ações nem que medidas foram adotadas no sentido de reforços a essas iniciativas. Acreditamos que uma intervenção em todas as áreas do hospital só iria somar e dar

força para que a humanização passasse de programas isolados para uma política efetiva dentro de toda a unidade de saúde.

Uma das características das organizações hospitalares brasileiras são as ações fragmentadas e com projetos diferenciados. São interesses diversos que se cruzam, formando um emaranhado de problemas muitas vezes parecendo sem solução. Cecílio, (1997: 294) a partir das experiências vividas nas assessorias do Lapa em vários hospitais, reforça a utilização de alguns passos a serem adotados no processo de mudança organizacional. Entre eles, explicitar os projetos em disputa pelas várias instâncias do hospital (direção, equipes de saúde, profissionais, setor administrativo, dentre outros), de forma a serem estabelecidos os consensos entre as partes e o desenho com clareza da missão e do perfil assistencial do hospital, não permitindo que seja modelado apenas pela demanda e pelos saberes em particular o do médico.

Cecílio (1997: 299) afirma que a redefinição dos perfis dos hospitais públicos envolve o perfil assistencial da rede básica e da relação público/privado que ultrapassa a governabilidade da direção do hospital, mas nem por isto deverá deixar de ser enfrentada. Esse é um dos nós a ser trabalhado, a relação com a ambiência externa e a característica de isolamento dos hospitais, traço cultural que tende à sobrevalorização corporativa do interno, dificultando as negociações com a rede local e com outras organizações da rede.

No processo da *démarche* o fechamento em relação ao exterior é tratado de forma que a relação com o ambiente seja visto como um recurso, para que possibilite a criação de redes de colaboração. Artmann (2002: 282) comenta esse fechamento com relação ao exterior:

“O ambiente é percebido como um constrangimento, e os membros mostram diante dele uma postura reativa. A organização está centrada em si mesmo. O processo de decisão estratégica procura inverter Essa tendência. Objetiva criar uma cultura em que o ambiente seja percebido como recurso...”

A inserção do hospital dentro do sistema de saúde e da rede de atendimento reforçaria também uma política de humanização, implicando em um maior compromisso com o usuário do sistema de saúde.

Todo esse movimento no sentido de mudar uma cultura poderá ser iniciado, se bem pactuado com todos os atores envolvidos com o hospital e não mais centrado em um único poder decisório. Dessa forma a opção em adotar a *démarche* parece-nos de grande valia para o processo de mudança de cultura, já que parte da definição da missão do hospital levando em conta a concorrência, a integração com outras unidades de saúde para formar uma rede de ofertas de serviços. Trabalha na perspectiva da gestão participativa para formar um projeto coletivo, além de buscar uma sinergia organizacional a partir do estreitamento das relações entre os atores e com o ambiente externo.

Sabemos que esse não é um processo fácil de ser levando adiante e que não acontece de um dia para o outro, é preciso estar atento para a necessidade de pactuação, do desejo de todos em resolver os problemas que enfrentam, e trabalhar com os recursos existentes, reorganizando-os e relocando-os a partir do conhecimento das suas reais necessidades e utilização, esse é um dos grandes desafios propostos pelo método da *démarche*, mas de fundamental relevância para a construção de uma nova cultura que traga também uma maior responsabilização de todos os atores envolvidos. De outra forma, não passarão de ações isoladas, levadas a diante por um grupo dentro da organização.

Na avaliação crítica do processo de implantação do projeto-piloto, descrita no documento do PNHAH, (BRASIL/MS, 2001: 43-45) sobre impacto do modelo de gestão hospitalar no processo de humanização é destacado a verticalização excessiva, que denota uma racionalidade gerencial burocrática e formalista e o desenho esquemático das organizações hospitalares, em que os setores funcionam isoladamente entre si, com grupos ou sub-grupos com objetivos particulares, sem relação com o todo organizacional. Apesar dessa observação, não está descrito na implantação do PNHAH ações relativas à gestão que leve em consideração essas características.

Sobre a carência de comunicação e integração entre profissionais dos hospitais os comentários apresentados no documento citado acima, são relevantes:

“A questão dos múltiplos projetos humanizadores, dispersos e isolados, evidenciam outro problema das organizações hospitalares: a escassez dos mecanismos de comunicação/integração em todos os seus níveis. (...) A implantação do projeto-piloto mostra que os eventos que, de algum modo, conclamam os profissionais a pensar sobre sua própria condição ou sobre a vida coletiva no hospital não se propagam com a mesma desenvoltura.”

A partir desses comentários, a equipe sugere a adoção de medidas que possam dar tanto ao Programa de Humanização quanto aos Grupos de Trabalho um amparo jurídico-formal, por meio da edição de portarias e demais atos regulatórios por parte do Ministério da Saúde como forma de institucionalizar o processo: (iden: 47)

Esse é um procedimento que está incrustado numa lógica de gestão que entra em contradição com a gestão participativa proposta no projeto-piloto. Embora a adoção de portarias e normas que venham de encontro a determinados problemas identificados sejam necessários para sua legitimação, exige não a mera imposição aos hospitais, mas a busca de adesão concreta. O enfoque da gestão participativa busca diferentes formas de sustentações para validar as iniciativas propostas como a criação de colegiados de gestão, grupos sujeitos entre outras iniciativas.

Entendemos que humanização não se faz “a golpe de portaria”, citando Flavio Goulart (2001: 292) que comenta com muita propriedade sobre a necessidade de fazer o SUS acontecer por meio de normas e portarias, “Não seria mais uma evidência do formalismo brasileiro de querer forjar os fatos jurídicos antes que os fatos sociais estivessem construídos pela História?”

Esse comentário de Goulart nos leva a outra reflexão, sobre a necessidade de portarias - o fato da condução do programa ter sido “encabeçada” por uma equipe de fora, sem a efetividade técnica do Ministério, levou a essa necessidade, ou se é uma questão do perfil do grupo condutor (Comitê de Humanização, nomeado pela Portaria SAS/MS nº 210, de 20/6/2001)? Essa dúvida fica no ar, mas vale a reflexão a partir do momento que

tentamos compreender a dinâmica das relações dentro das unidades de saúde e os mecanismos utilizados pelo PNHAH.

Ao passarmos para a fase da implantação nacional do PNHAH, que aconteceu a partir de janeiro de 2001, verificamos a preocupação em validar a metodologia adotada e ampliar de forma progressiva sua ação para toda a rede hospitalar do SUS. Porém, o que significou ampliar a metodologia, que resultados foram alcançados até o final do programa em junho de 2003?

A primeira fase do PNHAH contemplou 96 hospitais, 27 secretarias estaduais e 31 secretarias municipais. O Programa contava com recursos de um convênio entre o Ministério da Saúde por meio do Fundo Nacional de Saúde (Convênio nº 115/2001) e a organização não-governamental o instituto A Casa, sediada em São Paulo, possibilitando uma estrutura de funcionamento em todas as regiões do país.

Contava com consultores em oito regiões (não geográficas), um grupo de profissionais para supervisão nessas regiões e o Comitê de Humanização como coordenador de todo o processo. Foi criado e mantido por uma equipe de informática e de multiplicadores virtuais o Portal de Humanização ([www.humaniza.org.br](http://www.humaniza.org.br))<sup>6</sup> para atender todos os hospitais com construção de páginas virtuais e comunicação entre os profissionais inseridos no programa e troca de experiências.

Segundo dados contidos nos referidos relatórios acima citados, foram capacitados 300 profissionais de saúde para formular e implantar projetos de humanização em suas respectivas instituições. Na ocasião também foram capacitadas pessoas das 27 secretarias estaduais e de 31 secretarias municipais que iriam dar continuidade ao programa quando encerrasse o convênio que mantinha os consultores do PNHAH.

É importante observar que na metodologia e nas capacitações durante o programa, não estavam incluídos técnicos do Ministério da Saúde. Essa foi uma opção de gestão federal que não caba aqui questionar, mas é importante citá-la, já que leva a supor que a não participação direta do Ministério pode causar um distanciamento das políticas de

---

<sup>6</sup> Apesar de ter sido criado com recursos público, o domínio do portal foi registrado pelo instituto A Casa, estando em processo jurídico para a devolução de seu conteúdo ao Ministério da Saúde. Segundo a Lei nº 9610, de 19/2/1998, produção realizada com recursos públicos é de propriedade da União.

saúde para o SUS, bem como de outras ações que o Ministério, enquanto gestor federal, tinha em andamento.

Os 96 hospitais escolhidos para implantação do PNHAH na primeira fase foram:

Hospitais participantes do projeto-piloto de Humanização. Hospitais integrantes do Programa dos Centros Colaboradores para Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, (instituído em junho de 2000, tratava da transferência de conhecimentos, humanização do atendimento, aproveitamento de recursos materiais, humanos e financeiros para melhoria dos serviços prestados, com transferência de tecnologias por meio de assessorias e consultorias entre os hospitais participantes). (BRASIL/MS, 2002a: 147) Hospitais que desenvolviam programas de humanização na área da Saúde da Mulher.

Partindo da escolha dos hospitais para implantação do Programa era de se supor que teríamos avanços consideráveis tanto no processo de gestão como da atenção aos usuários, já que os hospitais, em tese, estariam integrando os outros programas afins e com objetivos semelhantes, a exemplo dos hospitais do Programa dos Centros Colaboradores que foram escolhidos como centros colaboradores pela reconhecida e comprovada atuação nas áreas de gestão e assistência hospitalar, o que os colocava na condição de prestadores de consultoria e assessoria aos hospitais clientes.

Nos documentos do PNHAH, não constam destaques com relação ao trabalho realizado em parceria com os Centros Colaboradores. Em publicação editada pela Secretaria de Assistência à Saúde sobre as ações realizadas entre 1998 e 2002, não consta nenhum relato dessa integração entre os programas, apenas é citada a humanização como uma das questões importantes abordadas pelo Programa de Centros Colaboradores.

Mais uma vez nos perguntamos, o que faltou para um trabalho mais efetivo e integrado? A direção política do Ministério da Saúde? Integração entre os condutores dos programas, apesar de que, no caso do PNHAH não se tratavam de técnicos diretamente vinculados ao Ministério da Saúde, estavam apenas, sob a coordenação do mesmo departamento.

Essas são apenas questões levantadas não com o objetivo de julgar o processo ocorrido, mas de pontuar questões que poderão servir de alerta para a condução das políticas públicas de saúde implementadas pelo Ministério da Saúde. Se não conseguimos reunir interesses comuns entre dois programas dentro de um mesmo departamento, como poderemos conduzir a implementação das políticas de saúde em todo país?

#### ***4.2 Resultados da Pesquisa de Avaliação – O que ficou realmente do PNHAH?***

As observações apresentadas a seguir não podem ser entendidas como uma avaliação sistemática da implantação do PNHAH, pois não se trata de uma análise profunda sobre o que aconteceu pela falta de dados específicos dos hospitais e também devido ao foco adotado na pesquisa realizada pela coordenação do programa, a qual apresenta informações genéricas, médias por região, impossibilitando um olhar apurado sobre as ações desenvolvidas. As críticas apresentadas têm mais a finalidade de alerta. Não estão referidas à metodologia utilizada, mas a forma genérica dos dados serem trabalhados e apresentados.

Para o Ministério da Saúde e para as secretárias de saúde, fica difícil saber quais as unidades hospitalares que tiveram melhorias após o PNHAH e como utilizar esses dados para pautar as próximas ações a serem implementadas.

No início da implantação do PNHAH, entre novembro de 2001 e janeiro de 2002, foi feito um levantamento com o objetivo de fornecer dados sobre a situação inicial dos 96 hospitais participantes e possibilitar uma comparação após decorrido um ano de implantação, com a aplicação de nova pesquisa nos mesmos hospitais. Nos critérios utilizados para realização da pesquisa, foram levados em consideração o grau de satisfação de profissionais e de usuários quanto à humanização das condições de trabalho e de atendimento. Foram elaborados dois questionários um para os profissionais com 44 questões que se desdobram em 113 variáveis e outros para usuários com 11 questões que se desdobram em 111 variáveis. Para isto, foram criados 10 blocos de indicadores de satisfação que possibilitasse avaliar o impacto das ações de humanização e oferecer subsídios para novos planejamentos. Os blocos de indicadores descritos abaixo foram previamente definidos na metodologia:

1- “Participação dos profissionais na gestão hospitalar”.



- 2- Comunicação na instituição hospitalar.
- 3- Trabalho em equipe na instituição hospitalar.
- 4- Condições de trabalho dos profissionais.
- 5- Clima moral e motivação profissional na instituição hospitalar.
- 6- Qualidade das instalações, condições ambientais e equipamentos para atendimento aos usuários.
- 7- Acesso e presteza no atendimento aos usuários.
- 8- Qualidade da informação fornecida aos usuários.
- 9- Relacionamento entre profissionais e usuários.
- 10- Comunicação de queixas e sugestões pelos usuários.

Os cinco primeiros blocos referem-se especialmente às condições de trabalho hospitalar disponível para os profissionais e os cinco últimos às condições do atendimento oferecido aos usuários.”(BRASIL/MS, 2002b: 4)

No final de cada questionário, tinham duas questões abertas possibilitando aos pesquisados opinarem sobre os aspectos positivos e negativos nos hospitais. Nos questionários para os profissionais as questões eram direcionadas para os motivos de satisfação em trabalhar no hospital e aspectos que eles mudariam. Para os usuários, foram solicitados comentários sobre a forma como foram atendidos no hospital.

Os questionários dos usuários foram aplicados por funcionários do hospital, em local reservado, no final do atendimento ou no dia de alta do paciente. Os funcionários foram previamente treinados para esse fim. Os questionários dos profissionais foram respondidos por representantes de todos os setores (inclusive os terceirizados), previamente sorteados e os questionários respondidos depositados em uma urna, sem necessidade de identificação.

A amostra dos usuários foi determinada em função do número de atendimentos do ambulatório/emergência e internação. Quanto aos profissionais, foram escolhidas seis categorias: médicos, enfermeiros, outros profissionais de nível superior, auxiliar de enfermagem, outros técnicos de nível médio, e profissionais de apoio operacional.

A metodologia adotada para a amostragem considerou em cada população composta por “n” elementos o sorteio de uma amostra, cujo tamanho “n” foi calculado a partir dos seguintes pressupostos:

- Os mesmos questionários serão aplicados antes e depois do desenvolvimento das ações do PNHAH junto aos hospitais avaliados.
- Indicadores de satisfação serão construídos a partir das respostas registradas nas principais perguntas do questionário.
- Esses indicadores serão qualificados por meio de proporções e porcentagens. A diferença (P2 menos P1) será o valor considerado para avaliação do impacto das ações voltadas à humanização hospitalar. P1 e P2 indicam, respectivamente, os resultados observados para os indicadores de satisfação antes e depois das ações realizadas.
- Admitindo-se resultados favoráveis com a realização das ações, estabeleceu-se uma expectativa de melhoria em torno de 20%, com valores iniciais de P1 em torno de 60%.
- Em cada amostra foram calculadas as estimativas (P2-P1), cuja diferença do valor real será no máximo igual a 5%, sob 955 dos resultados calculados para tais diferenças, poderão diferir do valor real (P2-P1) por no máximo 5%.

Sob tais condições, calculou-se o número mínimo de elementos da amostra em cada categoria pela expressão:  $n = 1,96^2 \times \frac{0,40}{0,05^2} = 614,656 = 615$

$$0,05^2$$

(BRASIL/MS, 2002b: 6)

A sistematização das respostas às questões fechadas deu-se por meio da construção de um Índice de Satisfação dos Profissionais e Usuários a partir de duas variáveis básicas: 1) natureza do hospital (municipal, estadual, federal, filantrópico e universitário); 2) região/pólo de localização do hospital (Norte, Nordeste, Sudeste I, Sudeste II, Sul, Centro-Oeste). Em alguns casos, foram levadas em consideração para o índice de satisfação dos profissionais as diferentes ocupações exercidas pelos profissionais e segundo a existência ou não de treinamento prévio dos profissionais em aspectos relativos à humanização do atendimento.

Os índices de satisfação foram construídos e expressos numa escala que varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 0, menor o grau de satisfação dos pesquisados em relação à

humanização e quanto mais próximo de 1, o grau de satisfação será maior. (BRASIL/MS, 2002b: 11)

A apresentação dos índices foi feita de forma global e por regiões/pólo de localização dos hospitais, natureza e para os profissionais, segundo as diferentes ocupações que exercem no hospital. Em todos eles são apresentados índices médios e, em alguns casos, são apresentadas distribuições percentuais dos índices em cinco faixas ou quintis: de 0 a 0,19; de 0,20 a 0,39; de 0,40 a 0,59; de 0,60 a 0,79 e de 0,80 a 1. Interpretados da seguinte forma:

- de 0,00 a 0,19: satisfação muito baixa;
- de 0,20 a 0,39: satisfação baixa;
- de 0,40 a 0,59: satisfação média;
- de 0,60 a 0,79: satisfação alta;
- de 0,80 a 1,00: satisfação muito alta;

Considerando também como insatisfatório os índices situados entre 0,00 e 0,59, e como satisfatório índices entre 0,60 e 1,00. (BRASIL/MS, 2002b: 16)

Segundo está descrito no Relatório da Pesquisa referido acima, os dados apresentados a partir desses índices refletem a avaliação subjetiva dos pesquisados, e esforços foram feitos no sentido de evitar induções de algum tipo de viés nos resultados, como incompreensão sobre o sentido da pesquisa e expectativas quanto ao tipo de respostas que pudessem vir a ser mais ou menos valorizada.

No primeiro levantamento, com 3.640 profissionais e 1.241 usuários, ficou detectado com relação às condições de trabalho e do atendimento, que os hospitais encontravam-se entre um nível insatisfatório de humanização e uma tendência a satisfatório. Outro ponto observado é que os investimentos em capacitação refletem positivamente nos indicadores de humanização. (BRASIL/MS, 2002b: 44)

Nos resultados desse primeiro levantamento, é observado que a humanização parece depender mais do envolvimento pessoal e coletivo dos profissionais do que das condições materiais ou administrativas. Como sugestão, é apontada o aprimoramento da gestão hospitalar – “tornando-a mais afinada com o objetivo maior de humanização das condições de trabalho e atendimento hospitalar...” (BRASIL/MS, 2002b: 44)

demonstrando, a princípio, que tratava-se de implementar ações voltadas para estimular uma mudança cultural no sentido de estabelecer uma maior humanização na assistência hospitalar sem levar em conta os problemas relativos à gestão do sistema de saúde.

Quando verificamos a comparação dos resultados após um ano e meio de programa, temos várias interrogações a respeito da eficácia das ações implementadas. A segunda pesquisa foi aplicada em 94 dos 96 hospitais participantes da primeira etapa. Responderam a pesquisa 3.426 profissionais e 1.177 usuários.

Foram adotados os mesmos índices de satisfação da pesquisa anterior, construído numa escala que varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 0, menor o grau de satisfação com relação à humanização. Na escala de avaliação foi considerado: de 0,00 a 0,19, muito baixo; 0,20 a 0,39, baixa; de 0,40 a 0,59, média; 0,60 a 0,79, alta; e 0,80 a 1,00, muito alta. Considerando também: índices situados entre 0,00 e 0,59, insatisfatórios, e índices situados entre 0,60 e 1,00, satisfatórios. (BRASIL/MS, 2002b: 11)

A tabela abaixo demonstra a distribuição dos hospitais por regiões:

**Tabela 1**

QUANTIDADE DE HOSPITAIS POR REGIÃO					
Norte	Nordeste	Sudeste I	Sudeste II	Sul	Centro-Oeste
12	22	13	16	15	16

Fonte: Pesquisa de Satisfação do usuário e dos Profissionais de Saúde - PNHAH

O primeiro resultado a ser observado está relacionado aos índices gerais de satisfação (Tabela 2). Podemos observar, genericamente, que não sofreram grandes modificações após a implantação do PNHAH. Para os usuários, não houve variação e, com relação aos profissionais, o índice variou muito pouco. Observou-se que, mesmo antes do programa já existia, com relação à satisfação dos profissionais, um dado considerado satisfatório (acima de 0,59) detectado na primeira pesquisa.

**Tabela 2**

	2002	2003
Usuários	0.61	0.61
Profissionais	0.67	0.69

Fonte: Pesquisa de Satisfação do Usuário e dos Profissionais de Saúde - PNHAH

Quando passamos para a análise dos índices de satisfação de profissionais e usuários, segundo a natureza dos hospitais, os profissionais demonstraram índices de satisfação insuficientes, com um aumento muito pequeno nos hospitais municipais (0,56 para 0,59), estaduais (0,57 para 0,58) e universitários (0,59 – 0,59). Nos hospitais filantrópicos, o índice estava classificado como suficiente, porém baixou de 0,69 para 0,68.

Fazendo um apanhado geral das questões respondidas e os seus resultados comparativos entre 2002 e 2003, com relação à diferença entre índices, temos nas respostas relativas à comunicação de queixas e sugestões *pelos usuários*, por região (média), as maiores variações sejam para menos ou para mais.

Como se trata de médias por região, não é possível uma avaliação mais precisa da mudança na satisfação dos usuários, decorrente das ações implementadas, pois as variações podem ser decorrentes tanto de um hospital como de vários. Não se pode generalizar e, somente com esses dados, concluir que as melhorias foram em consequência das ações de humanização, como tenta ser demonstrado nos resultados da pesquisa.

Por se tratar de média por região, não é possível distinguir em quais hospitais ocorreram às melhorias e nem atribuir a determinadas ações. Poderíamos supor que estão ligadas a instalações eficientes de ouvidorias, melhorias nos ambientes, melhor integração dos funcionários, dentre outros, mas não temos como confirmar, já que não possuímos dados que nos mostrem os avanços detectados por unidade hospitalar.

Com relação à diferença para menos entre 2002 e 2003, temos na Região Sul a mais expressiva - o índice de satisfação dos usuários baixou de 0,64 para 0,59, passando de suficiente para insuficiente. Observando que o maior índice de satisfação, com relação à comunicação de queixas e sugestão, está relacionado a satisfação dos profissionais na Região Sul. A Região Norte apresenta a maior diferença para mais no índice de satisfação dos usuários, saindo de 0,31 para 0,54, porém considerado ainda insuficiente (não atingiu 0,60).

Por esses dados, poderíamos supor que os profissionais estão satisfeitos e os usuários não? Os dados são insuficientes, apesar da pesquisa apresentar o seguinte relato: “ Os dados apontam que, no período pesquisado, ocorreu uma melhora significativa na satisfação dos profissionais e, sobretudo, dos usuários...” Reproduzimos a tabela para que seja possível uma melhor observação.

**Tabela 3**

Região / Satisfação		Índice de Satisfação	
		2002	2003
Norte	Satisfação dos profissionais	0,36	0,45
	Satisfação dos usuários	0,31	0,54
Nordeste	Satisfação dos profissionais	0,55	0,57
	Satisfação dos usuários	0,46	0,59
Sudeste I	<b>Satisfação dos profissionais</b>	<b>0,53</b>	<b>0,56</b>
	Satisfação dos usuários	0,43	0,49
Sudeste II	<b>Satisfação dos profissionais</b>	<b>0,61</b>	<b>0,63</b>
	Satisfação dos usuários	0,49	0,58
Sul	Satisfação dos profissionais	0,70	0,71
	Satisfação dos usuários	0,64	0,59
Centro-oeste	Satisfação dos profissionais	0,44	0,50
	Satisfação dos usuários	0,30	0,41

Fonte: Pesquisa de Satisfação do Usuário e dos Profissionais de Saúde - PNHAH

Como podem ser observadas, as regiões Sul e Sudeste II (em negrito) possuíam um grau satisfatório, relativo aos profissionais. Com relação aos usuários, apenas a Região Sul, em 2002, esteve satisfatória, com um decréscimo no ano seguinte, passando para insatisfatório como as demais em 2003.

Esses dados nos levam a uma tendência de questionamento, sem possibilidade de respostas por meio dos resultados dessa pesquisa, do que realmente aconteceu de favorável com relação à humanização nos hospitais trabalhados.

Uma hipótese pode ser levantada a partir da observação dos dados gerais relativos à satisfação dos profissionais. A Tabela 4 demonstra o índice de satisfação quanto às dimensões componentes das suas condições de trabalho: saúde física e mental, econômicas de trabalho e operacionais de trabalho (média).

**Tabela 4**

Dimensões	Índice de satisfação dos profissionais	
	Total	
	2002	2003
Condições de saúde física e mental	0,44	0,45
Condições econômicas de trabalho	0,46	0,47
Condições operacionais de trabalho	0,59	0,59

Fonte: Pesquisa de Satisfação do usuário e dos Profissionais de Saúde – PNHAH

Como o índice de satisfação de humanização dos profissionais pode ser satisfatório se os índices demonstrados na tabela 4 estão insatisfatórios tanto em 2002 como em 2003? Essa satisfação dos profissionais está então em que dimensão, já que não estão nas condições de saúde física e mental, econômicas de trabalho e nem nas condições operacionais de trabalho? Esses são pontos que necessitam ser observados com um maior aprofundamento, o que não será possível com os dados desse estudo.

Na pesquisa, são descritas algumas destas insatisfações: condições de segurança no trabalho; condições de conforto no trabalho; falta de programa de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais; insatisfação com o salário; e insatisfação com a qualidade dos equipamentos. Onde foram implementadas as ações de humanização? Será que os profissionais pesquisados foram os mesmos dos setores onde as ações foram desenvolvidas? Esse pode também ser um outro fator de relevância na análise do PNHAH, as ações estarem em apenas alguns segmentos do hospital, sem conhecimento das demais unidades.

#### ***4.2.1 A conclusão da pesquisa – pistas para um novo olhar?***

Apesar dos dados demonstrarem índices satisfatórios em alguns aspectos, a conclusão reconhece e justifica o não acontecimento de mudanças substantivas na satisfação dos profissionais e usuários quanto à humanização, alegando a relação com as questões de infra-estrutura física e organizacional dos hospitais que “certamente variam muito pouco no decorrer de um ano. Desta forma não seria de se esperar grandes mudanças na percepção de profissionais e usuários em relação a esses aspectos.” (BRASIL/MS, 2003: 29)

Destaca-se nos resultados que os patamares de humanização do trabalho estão mais ligados às capacidades subjetivas de envolvimento pessoal e grupal dos funcionários do que às questões administrativas e de remuneração, e conclui-se:

“Pode-se dizer que os dados de 2003 reafirmam a necessidade (já apontada no relatório de 2002) de se promover um estilo participativo de gestão nos hospitais, capaz de captar a voz de todos os envolvidos e de ampliar os espaços de comunicação e diálogo entre os vários segmentos do hospital e entre esses e os usuários” (BRASIL/MS, 2003: 30)

Se a necessidade da gestão participativa é um dado apontado no relatório de 2002, o que foi feito no PNHAH para interferir nesse aspecto? Sabemos que essa é uma área de difícil penetração, mas também que não se faz gestão participativa por decreto, pois se trata de um processo que parte da construção de sujeitos e da co-gestão, entendida como a co-responsabilidade por parte de todos, atrelado ao compromisso com a produção de saúde e com a qualificação da atenção.

Cecílio (1997: 297) coloca que os modelos de gestão mais participativos e com enfrentamento das estruturas corporativas verticalizadas é uma estratégia utilizada, mas reconhece que os arranjos institucionais mais democráticos e horizontalizados, não têm sido suficientes para imprimir uma nova cultura de entendimento, responsabilização e compromissos no interior da organização hospitalar, sendo necessária a adoção de outros dispositivos facilitadores da negociação para evitar que qualquer estratégia mudancionista seja inviabilizada.

Essas observações apontam para a complexidade que envolve o tratar da mudança de cultura. Não podemos deixar de incluir a responsabilização dos profissionais nem a adoção de práticas que envolvem mudanças nos processos de trabalho com formas de lidar com o usuário acolhido com respeito a sua dor e ao seu modo de vida.

Como forma de tentar melhor compreender o processo ocorrido durante o PNHAH e seus resultados, relatamos, a seguir, a visita realizada ao Estado da Paraíba, onde foram



apresentados os trabalhos de humanização realizados em hospitais participantes do Programa.

#### ***4.3. Conhecendo experiências em hospitais da Paraíba – uma amostra do PNHAH.***

Uma das primeiras ações externas do Ministério da Saúde para pactuação da Política Nacional de Humanização (PNH) foram às visitas aos estados para um primeiro encontro com os representantes de humanização das Secretarias Estaduais de Saúde, como forma de conhecer as ações que estão sendo desenvolvidas relativas à humanização. Como integrantes do Núcleo Técnico da PNH, fomos designados à visita ao Estado da Paraíba e pudemos colher os relatos abaixo.

Na Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, foi criada uma coordenação estadual de humanização no início de 2002. Para ida do representante do Ministério, a coordenação reuniu os hospitais que fizeram parte do PNHAH no estado, com apresentações das ações desenvolvidas até aquele momento.

A reunião aconteceu durante todo o dia 31/11/2003, no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira. Estiveram presentes representantes de 13 hospitais dos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Guarabira.

O evento teve na mesa de abertura o superintendente do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, a representante do GTH/SES e a representante do Núcleo Técnico da PNH. Segue relato das apresentações:

##### *Maternidade Dr. Peregrino Filho - Município de Patos.*

O hospital é “Amigo da Criança” e referência para o alto sertão. Possui o Projeto Mãe Canguru e cuida das gestantes de alto risco. Tem como resultado a diminuição do índice de transferência dos bebês e mães para outros hospitais (apesar de não possuir UTI) situados em municípios próximos, com mais infra-estrutura. Tem um trabalho de artes no Projeto Mãe Canguru para ocupar as mães e ensinar um ofício. Possui também o programa de mães voluntárias, *Amigas do Peito*, para incentivar o aleitamento materno e funciona há mais de cinco anos. Promove a semana do aleitamento e a semana da

humanização com palestras, passeatas na cidade para conscientização da população sobre os cuidados com a saúde.

*Complexo Pediátrico Arlinda Marques – Município João Pessoa (capital do Estado)*

O complexo funciona com ambulatório e hospital. Possui o projeto “Luz do Luar” para mães acompanhantes dos filhos internados. Oferece palestras sobre cuidados de saúde além de outras atividades. Possui alfabetização para os funcionários e palestras de cuidados de saúde e leitura de história para crianças e jovens.

*Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira – Município João Pessoa (capital do estado)*

O complexo psiquiátrico, na década de 80, era só hospital e tratava o doente mental de forma isolada e excludente. Após 20 anos, o hospital trabalha com outra filosofia e tem um tratamento diferenciado, a começar pela estrutura física muito limpa e organizada. O interno é tratado com respeito. Existem ações no sentido de integrá-lo em sua rede social, onde os seus familiares ou responsáveis são ouvidos e o paciente é acolhido de forma diferenciada, mesmo estando em crise. A diferença começa na triagem que é feita durante 24 horas pela equipe do serviço social, com formulário que aborda questões mais específicas da vida do paciente, possuindo também um atendimento imediato para os familiares ou acompanhantes.

O trabalho no complexo é realizado por uma equipe multidisciplinar com reunião integrada em cada pavilhão, com administração compartilhada e troca de experiências. Existe integração entre os cinco serviços que compõem o complexo na busca da desospitalização com o projeto “De volta para casa”, com o resgate do vínculo familiar e da cidadania. Quinze pacientes que não tinham identificação nenhuma, já possuem documentos e benefícios, além do reencontro com familiares. Para isso, é realizada uma vez por mês (já possuem uma data prévia) reuniões com os familiares num processo de conscientização deles, inclusive com a participação do farmacêutico para orientar a administração dos medicamentos.

Realiza uma oficina terapêutica para o resgate das atividades diárias o que facilita o convívio em casa com os familiares. Possuem atividades extramuro com desfiles cívicos, carnavais em que participam de todo o processo, a partir da confecção das fantasias.

Para os funcionários, um dos benefícios foram as férias sem a perda da produtividade e a promoção de cursos de capacitação. Não possuem ações específicas do PNHAH, apesar de desenvolver um trabalho na linha da humanização do atendimento.

#### *Hospital Regional de Patos – Município de Patos (sertão paraibano)*

O hospital possui 130 leitos e atende a 48 municípios da Paraíba e 17 do Rio Grande do Norte, com uma média de 8 mil atendimentos. Possui UTI/ Cardiologia e Urgência/Emergência. Foi hospital-piloto do PNHAH.

O hospital já possuía iniciativas de humanização antes do PNHAH, como eventos para os funcionários e pesquisa com diagnóstico de satisfação dos usuários. Algumas iniciativas foram implementadas após a criação do Grupo de Trabalho de Humanização: televisão nas enfermarias, mudança na alimentação, colete de identificação do acompanhante e crachá, santuário, informações por meio de fôlderes e no sistema de som. O hospital possui uma casa de apoio para os usuários que vêm de outras cidades, com distribuição de alimentos e roupas. Realiza treinamento em relações humanas.

#### *Hospital Geral Edson Ramalho – Município João Pessoa (capital do estado)*

Trata-se de um hospital dirigido pela Polícia Militar, atende 90% usuários do SUS. Um trabalho de humanização muito bem estruturado com acolhimento dos usuários, ações para os acompanhantes e uma ambiência apropriada. Um trabalho muito interessante. O que mais chamou atenção foi como todas as ações foram fundamentadas para implantação na relação custo-benefício, saindo das questões de não fazer por não ter recursos e passando para apresentação de resultados concretos com relação a redução de

custos. Esse procedimento apresenta um enfoque diferente das outras unidades, que sempre falam da falta de recursos para implantar novas iniciativas.

Tivemos a oportunidade de visitar o hospital e verificar as ações desenvolvidas. O hospital tem um projeto de acolhimento estruturado a partir da experiência do Hospital Mário Gatti, exemplificado no capítulo três, como um caminho para a humanização do atendimento. O acolhimento é feito a partir do encaminhamento para o atendimento os pacientes de acordo com a gravidade do caso, levando também em consideração a prioridade dos idosos, gestantes e problemas cardíacos. Possui ambiente apropriado para receber o acompanhante e para o lazer dos pacientes. Na ocasião da visita, estava tendo uma apresentação musical no jardim e os pacientes com seus acompanhantes assistiam.

*Hospital Infantil Noaldo Leite – Município de Patos (sertão paraibano)*

O hospital atende crianças de 0 a 14 anos, com urgência 24 horas, UTI pediátrica, neurologia e cirurgia. É municipal e possui 114 funcionários. Atende em média 160 usuários. As ações de humanização implementadas foram as pinturas com motivos infantis nos ambientes e as histórias que são contadas para as crianças interna.

*Hospital Clementino Fraga – Município João Pessoa (capital do estado)*

Atende portadores de hanseníase e tuberculose. Problemas financeiros para executar as ações de humanização desde o piloto, mesmo assim, com uma equipe de multiprofissionais promove “a mudança de cultura” com educação continuada a partir da alfabetização de adultos. Implantou ações de revitalização de praças, construção da capela com restos de materiais de construção, reciclagem do lixo da parte setorial, criação dos amigos e voluntários do Clementino Fraga, possibilitando o recebimento de doações, implantação de brinquedoteca, recadastramento de voluntários, projeto de agregação religiosa e comemoração de datas festivas.

*Maternidade Frei Damião – Município João Pessoa (capital do estado)*

Maternidade referência no estado, com o Projeto Mãe Canguru e Banco de Leite. Possui equipe multiprofissional que trabalha com acolhimento da paciente e permissão para o

acompanhante assistir ao parto (após avaliação das condições da parturiente), parto humanizado, com redução da medicação para apressar o parto, trabalho de relaxamento das parturientes. “Os médicos já estão conscientes desse processo, apesar da resistência inicial” relatou a expositora.

Dentre as ações desenvolvidas, destaque para o treinamento de todos os funcionários, inclusão da rapadura como reforço da alimentação, relaxamento para as parturientes, treinamento para médicos e recepcionistas, telefone sem fio nas enfermarias, voluntárias *conte comigo*, projeto de RH “olho aberto”, brechó para ajudar os pacientes que são de outros municípios e que não têm roupas suficientes, enxovais e prêmio para os setores mais eficientes.

#### *Maternidade Municipal Cândida Vargas – Município João Pessoa (capital do estado)*

A Maternidade Municipal Cândida Vargas é referência em gestação de alto risco (recebeu prêmio Galba de Araújo) e é hospital “Amigo da Criança” com projetos Mãe Canguru e Parto Humanizado. É referência para todo o estado, chegando a atender 80% dos partos vindo de outros municípios.

Esse é um dos hospitais que tivemos a oportunidade de visitar. Na UTI neonatal, na enfermaria onde ficam as mães do Programa Mãe Canguru e no Banco de Leite Humano, observamos a integração entre o trabalho desenvolvido nessas áreas. Existe um trabalho de acompanhamento terapêutico (terapia de grupo) com as mães do Programa Canguru com as outras mães nutrizes que freqüentam o Banco de Leite Humano, ajudando nas dificuldades pós-parto. Visita domiciliar da Mãe Canguru para dar assistência aos outros filhos que ficaram em casa. Possui livre acesso para a mãe e para o pai, e um dia para os avós nas visitas a UTI pediátrica. Conversamos com a equipe de fisioterapeutas que trabalham no parto humanizado e que desenvolve um trabalho com o “Casal Grávido” durante toda a gestação, oferecendo exercícios, palestras e orientações para o momento do parto.

Ações indicadas pelo PNHAH foram implantadas, como o telefone público nos setores da enfermaria com suporte para o soro e caixa de sugestões para medição do grau de

satisfação de funcionários e usuários. Uma observação importante é que no Grupo de Trabalho de Humanização (com regimento interno e Portaria) tem representantes dos usuários.

Além dessas ações relatadas, possui escola para alfabetização de funcionários e treinamento em relações humanas para todos e um centro de estudos, incentivando pesquisas na área materno-infantil. Projetos em andamento: creche para filhos de funcionários, compra de “cadeiras do papai” para acompanhantes nas enfermarias, sala de espera para visitantes adequada para palestras.

*Hospital Estadual de Emergência e Trauma – Município de João Pessoa (capital do estado)*

Trata-se de um hospital inaugurado em 2001, iniciou a humanização em 2002. Trabalha numa perspectiva de divulgação e sensibilização do PNHAH. Possui logomarca própria e realiza simpósios para comemorar o dia do profissional (médico, psicólogo) com palestras e debates sobre temas técnicos e conteúdos da humanização. Curso de educação continuada para os funcionários da área médica, cirurgiões gerais e urgentistas de 15 em 15 dias. *Workshop* sobre higiene e limpeza para os profissionais, com convite para todos os hospitais da rede pública e vigilância sanitária.

Como estratégia para sensibilizar os usuários, realiza campanhas com debates, panfletagem e passeata para conscientizar a população - Violência e Trânsito. Campanha alertando sobre as causas das queimaduras e formas de prevenção, reduzindo em 15% os casos nesse período - “Marcas que ficam para sempre” - a incidência maior é em crianças de 0 a 4 anos. Campanha de prevenção de acidentes e violência (causas externas). Comemorações diversas como dia da criança, natal, dia das mães e aniversário de funcionários e pacientes. Realizam dinâmica de grupo e exercícios laborais para os funcionários. Possui brinquedoteca especialmente para o setor de queimados.

O Grupo de Trabalho de Humanização está bem estruturado e realiza reuniões de 15 em 15 dias. Esse é um hospital que adotou uma boa estratégia, as campanhas e a capacitação permanente e que tem dando retorno favorável.

*Complexo de Saúde de Guarabira – Município de Guarabira (brejo paraibano)*

Teve dificuldades em implantar o PNHAH. Desenvolve acompanhamento psicológico para as mães do aleitamento materno, acompanhante para as parturientes e brechó de roupas usadas para os que são de outras cidades. Para os funcionários tem o projeto “*Estreitando os laços*”.

*Centro de Atendimento Médico Especializado – Município João Pessoa (capital do estado)*

Esse é um local que concentra grande parte do atendimento de média complexidade e recebe pessoas de todo o estado. Está em reforma há bastante tempo. Uma peculiaridade está relacionada aos micropoderes para marcar consultas e exames (acordo entre vigilantes e motoristas de ambulâncias) já é conhecida na cidade essa prática. Não foi depoimento da pessoa que apresentou e sim comentários à parte. Por esse motivo, o principal trabalho é de resgate da imagem do local.

Ações desenvolvidas: trabalho voltado para sensibilizar os usuários com treinamentos para o serviço humanizado. Vídeo para trabalhar o usuário. Trabalho desde a arquitetura do local até a auto-estima, empatia, comunicação e direito dos usuários. Gestão com qualidade na saúde. Com os funcionários, o GTH trabalha no sentido de implantar a gestão participativa. Tem ginástica para os funcionários e caixa de sugestão para que possam expor suas idéias. Para os usuários, tem o projeto “Posso ajudar” com funcionários para entender as necessidades subjetivas e informar os serviços internos e externos, orientado em vários aspectos, buscando manter um vínculo com os usuários. São 15 profissionais realizando o atendimento em cada turno. Todos usam um crachá de humanização.

*Hospital de Urgência e Emergência – Município de Campina Grande*

Possui um quadro de 500 funcionários, atende cirurgias infantis com um trabalho “*Cirurgia sem Medo*”, usando bonecos para trabalhar as vestimentas e ambiente que as

crianças irão enfrentar na cirurgia. Para os usuários mais carentes, são realizadas campanhas para doações de roupas de frio e objetos de higiene pessoal.

Com os relatos das experiências nos hospitais, podemos perceber que ações relativas ao PNHAH foram importantes em algumas das unidades, em outras as ações relatadas estavam fora do proposto pelo Programa, como no caso do Complexo Juliano Moreira e do Hospital de Emergência e Trauma, apesar desse ter também realizado ações propostas pelo PNHAH. Em outras unidades, as ações estão voltadas para a área materno infantil com objetivo de melhorar as condições das usuárias no período de permanência no hospital com oficinas de arte. Percebe-se uma preocupação em valorizar os funcionários com capacitação e alfabetização de adultos, que pode ser visto como um avanço.

Dos hospitais que demonstraram uma atuação mais ampliada com interferências nos ambientes internos dos hospitais, adaptados para receber os acompanhantes para o parto humanizado ou para as mães canguru, bem como na lógica de funcionamento, temos a Maternidade Cândida Vargas, em função das orientações do parto humanizado, do Projeto Mãe Canguru e por ser um hospital que ganhou o prêmio “Amigo da Criança”. Essa instituição tem na direção uma pessoa bastante envolvida com a proposta de humanização e que está nesta função há bastante tempo.

O Hospital Geral Edson Ramalho demonstrou uma preocupação com a dinâmica geral de funcionamento do hospital. Possui um tratamento diferenciado para os usuários com ambientes acolhedores, com praça, local para jogos e local para apresentações de saraus, todo o final de tarde, para os pacientes e acompanhantes. Possui suporte para soro em todos esses locais, facilitando a permanência dos pacientes nas atividades. Aqui não se trata só de possibilitar uma estadia mais agradável, mas de fazer valer o direito dos usuários, como no caso dos acompanhantes, o hospital possui um ambiente para receber os filhos dos pacientes. Demonstraram uma valorização dos funcionários com capacitações e aulas de ginástica laboral.

A direção valoriza essas iniciativas principalmente por se tratar de um hospital que foi revitalizado na administração da Polícia Militar, antes era uma unidade que funcionava



precariamente, não só pelas instalações como também pela qualidade que deixa a desejar no atendimento.

Essas apresentações possibilitaram o contato direto com o funcionamento e com as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia das unidades de saúde. Tivemos relatos de mudanças de atitudes muito por insistência de profissionais que acreditaram poder fazer algo de melhor para o paciente, a exemplo das enfermeiras que conseguiram diminuir a dosagem de medicamentos para apressar o parto com o acompanhamento das parturientes (responsabilização). Sabemos que as dificuldades são muitas, as barreiras para humanizar o atendimento estão cheias de problemas emergenciais que fazem tudo isso parecer ações superficiais. Cada vez fica mais claro a necessidade de pensarmos em interferências mais abrangentes em todo o processo de funcionamento das unidades de saúde que resultem em atitudes mais humanas.

#### ***4.4 Avaliação do PNHAH no Hospital Regional da Asa Sul***

A reorganização dos serviços de saúde, em especial dos hospitais, é uma tarefa complexa. Muitos autores têm se dedicado a esse propósito no sentido de melhor compreender a dinâmica das organizações de saúde como forma de viabilizar o processo de melhoria a partir da mudança de atitudes, de interferências nos processos de trabalho e nas relações com a rede de saúde que possam promover um atendimento que valorize a vida, o respeito ao profissional e ao cidadão usuário.

Dentre os autores, destacamos Artmann (2002) e Rivera (1997) que se empenharam na adaptação das bases teórico-metodológicas da *démarche stratégique*, um enfoque de gestão estratégica hospitalar francês para os hospitais brasileiros, a qual nos reportamos nesse estudo e que apontamos como um instrumento a ser adotado no sentido de contribuir para mudanças de cultura voltadas para a qualidade do atendimento prestado pelos hospitais públicos.

A *démarche stratégique* foi trazida originalmente para o Brasil por Rivera (1997). Foi aplicada em alguns hospitais do Rio de Janeiro, com destaque para o trabalho realizado por uma equipe de consultoria da ENSP e UFRJ no Hospital da Lagoa e nos hospitais Cardoso Fontes, Raphael de Paula Souza e Lourenço Jorge. (ARTMANN 2002)

Segundo Artmann (2002: 227-278), a *démarche stratégique* foi idealizada por M. Crémadez e F. Grateau, em Lille, na França, para o setor público, tendo como cenário o sistema público de saúde francês e se ancora nos autores Henry Mintzberg (1982), Michel Crozier & Erhard Friedberg (1977), Michel E. Porter (1982) e Maurice Thévenet (1986). Traduz-se como gestão estratégica e vem sendo utilizada “com o objetivo de valorizar novas posturas gerenciais, que permitam maximização na utilização de recursos e respostas às demandas sociais por serviços de saúde de qualidade, a partir da redefinição da missão hospitalar e sua inserção na rede.”

Desça-se nesse método a utilização e reorganização do existente para a realização de um projeto coletivo. O enfoque da *démarche* leva em consideração a cultura no processo de mudança organizacional e todas os seus nuances são elementos que podem ser trabalhados no sentido de contribuir para que a organização possa, a partir da discussão estratégica de sua missão, definir critérios de oportunidades.

Para um melhor entendimento da cultura das organizações hospitalares, tomaremos traços do diagnóstico organizacional de Mintzberg (1989) como a forte autonomia dos profissionais, atomização das estruturas, frágil sistema de questionamento da competência do outro e débil percepção dos ambientes externos. Tomaremos também como referência algumas das características determinantes da identidade organizacional hospitalar definida por Crémadez (1997) apud Artmann (2002: 187) que faz uma correlação desses traços distintivos ao conceito de cultura.

Destacamos:

Fatores políticos – multiplicidade de intervenientes, poder fragmentado entre diversas instâncias técnicas e políticas, dificultando o estabelecimento de diretrizes claras e duradouras; liderança hospitalar com mobilidade importante, baixa governabilidade e poder de orientação frágil; projeto organizacional não explicitado, condicionado pelos interesses corporativos e centrado sobre a obtenção de recursos. A organização hospitalar caracteriza-se por um conjunto ou adição de projetos não explícitos de profissionais influentes.

Uma dessas características pode ser observada quando entramos em contato com o relato da implantação e avaliação descritas nos documentos do PNHAH já citados anteriormente, que reafirmam a falta de integração entre os diversos setores da organização hospitalar, inclusive nas ações de humanização.

Fatores estruturais – nesse aspecto, destacamos a distribuição de poder em que temos três grupos de pertença, em constante luta de influências ao interior e exterior do hospital: médicos, enfermeiros e dirigentes cada um dos grupos com sua ética própria. Os médicos representam o grupo dominante. As hierarquias profissionais têm uma presença marcante. Quanto ao pessoal de apoio logístico “não assistenciais”, são referidos pontualmente. A descentralização de poder tanto vertical como horizontal é evidente e muito acentuada.

Outro destaque fica por conta dos procedimentos que apresentam uma fraca avaliação de desempenho com a gestão operacional pouco formalizada tecnicamente, muito processual no plano administrativo e com ausência de um sistema de avaliação. Os sistemas de gestão se apresentam pouco produtivos e marginalizados, com pouca formalização e fraca integração entre as dimensões funcionais.

Destacam-se ainda o estilo de vida e símbolos evidenciados pela atomização e pouco intercâmbio entre as unidades operacionais. O ambiente dos espaços físicos oferece na sua maioria, apenas o restaurante como lugar de encontro. Cada profissional é reconhecido pela sua vestimenta e o poder está ligado ao tamanho da unidade operacional de base, *status*.

Fatores ligados ao funcionamento – nesses fatores destacam-se as relações internas e externas com o ambiente. Estas apresentam fraca densidade das relações transversais entre os elementos de base da estrutura, como também é fraca a densidade das relações interpessoais, apresentando pouca colaboração e desconhecimento da realidade do outro. A concorrência está presente nas relações e os grupos se formam durante o processo de formação profissional e são espontâneos. O boato é o veículo principal de informação. As relações com os clientes são essencialmente funcionais e pontuais.

Outros fatores ligados ao funcionamento são de valiosa importância nesse nosso estudo e estão relacionados a três segmentos definidos pelo autor: 1) valores, código de conduta; 2) mitos, tabus e ritos; e 3) o imaginário organizacional. São aspectos que estão mais diretamente ligados à instância da subjetividade e que em muito interfere no processo de mudança de cultura dentro das organizações.

O valor código de conduta é apresentado por Crémadez (1997) apud Artmann (2002:189) com dois itens em destaque: recusa à ingerência nos assuntos do vizinho, frente comum contra o exterior, relação de fraternidade entre pares, aceitação de redes de influência; e individualismo, potência, sofisticação técnica, eficácia, competência, fidelidade a um padrão e reconhecimento dos pares.

Os mitos, tabus e ritos se destacam também em duas observações: o tabu principal é o da incompetência de um par; os rituais são pobres e raros no conjunto da instituição, somente as modalidades de gestão são ritualizadas.

O terceiro segmento, o do imaginário organizacional, (representação da organização, ideal/imaginário profissional e imagem de si) trata de pontos de extrema relevância no nosso estudo, dado o conteúdo apresentado nos oito itens a seguir:

- os atores têm percepção parcelada da organização dificultando a representação comum da organização;
- a organização produz pouca leitura sobre si;
- as atividades são pouco transparentes;
- a dimensão predominante é a burocrática;
- os diretores tentam conciliar duas filiações, uma assistencial e outra administrativa.
- os enfermeiros se esforçam para construir sua especificidade, em termo de ideal profissional, ficando entre a gestão e a assistência;
- a origem liberal da profissão médica é ainda predominante, em termos de ideal profissional;
- a imagem de si do profissional médico repousa sobre três componentes; o desinteresse monetário, o interesse pelo trabalho, reputado como mais técnico e menos rotineiro, e a responsabilidade profissional como garantia da autonomia.

É importante observar, como bem coloca Artmann (2002:190), que essas características que definem uma identidade organizacional não significam um padrão estático e plenamente dominante nos dias de hoje. Crémadez (1997) assinala que esse padrão se encontra em processo de evolução ou deslocamento e reconhece uma crise paradigmática da medicina, do profissional médico e do serviço público que pode contribuir para uma evolução cultural no sentido de uma visão mais holística da medicina, do trabalho em equipe, pela valorização da troca de experiências, entre outros processos que podem levar ao caminho da competitividade saudável, com avaliações responsáveis, com a organização numa posição de interação com o ambiente externo e com uma maior coesão interna.

Nesse sentido, o enfoque da *démarche stratégique* vem de encontro a esse processo já em curso na tentativa de humanizar o atendimento, trazendo elementos que auxiliam a pensar a mudança de cultura, valorizando as oportunidades existentes e reavaliando os procedimentos existentes para adaptá-los à redefinição da missão do hospital a partir de uma visão ampliada da organização e sua relação com o ambiente interno e externo.

De uma forma simplificada os objetivos da *démarche*, segundo (Artmann, 2002: 65) seriam:

- 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, a partir da determinação de um padrão de atividades que permita vantagens comparativas e possibilite oferecer um serviço de qualidade;
- ensejar um lugar de comunicação que possibilite a definição de um projeto coletivo;
- favorecer a integração do hospital em uma rede de oferta de cuidados, estruturada com a preocupação da eficácia e da eficiência;
- promover um processo de transformação cultural progressiva, não necessariamente preso à busca de objetivos instrumentais, imediatos.

A idéia central do enfoque está representada pela busca por transformar concorrentes em colaboradores, por meio da definição das competências que caracterizem de forma distinta e específica cada hospital e da negociação de cada missão entre as diferentes instituições hospitalares. (Artmann, 2002: 66)

As fases do método da *démarche* compreendem:

- análise do existente: corresponde ao diagnóstico administrativo e médico;
- a segmentação: esta etapa corresponde à definição dos principais agrupamentos homogêneos de atividades, considerados aqueles que apresentam uma mesma problemática estratégica;
- análise do valor e da posição competitiva de cada um dos segmentos resultantes dos agrupamentos de atividades: 1) o valor corresponde ao interesse relativo ou nível de prioridade relativo que os segmentos teriam para a especialidade em função de uma política geral, e depende do interesse na alocação de recursos; 2) a posição competitiva é avaliada considerando-se o grau de controle sobre os chamados Fatores-Chave de Sucesso (FCS), que corresponderiam a vantagens ou situações positivas necessárias para se ter êxito em uma atividade;
- a construção do portfólio de atividades, visando à definição da estratégia geral de atuação ou dos objetivos;
- o Plano de Ação visando a atingir os objetivos a partir das estratégias, definidas em termo de três possibilidades: 1) priorizar o desenvolvimento de um segmento; 2) estabilizá-lo; 3) reduzir o recrutamento de clientela ou recortar o segmento;
- a montagem dos indicadores de monitoramento do plano. (ARTMANN, 2002: 78)

No caso específico do nosso estudo, não estamos levando em conta hospitais da rede e os potenciais concorrentes no sentido de estabelecer uma complementaridade. A rede de saúde do Distrito Federal foi formada desde a sua criação de forma mais estruturada que as demais cidades do país, pela peculiaridade de ser uma cidade planejada. Apesar do planejamento inicial, o Distrito Federal fugiu dos planos traçados pelo urbanista Lúcio Costa e cresceu muito mais do que se esperava, principalmente no entorno de Brasília, onde surgiram as cidades dormitórios (cidades satélites) com bolsões de pobreza cada vez mais crescentes.

Optamos por trabalhar com alguns instrumentos da *démarche* em um hospital a partir da avaliação das ações de humanização desempenhadas pelos setores, levando em consideração, o potencial de competitividade, a segmentação de atividades e os fatores críticos para se ter êxito no atendimento humanizado.

A proposta de fazer uma avaliação da humanização a partir do entendimento da *démarche stratégique* e da utilização de alguns elementos adaptados a partir do método, surgiu da necessidade de melhor compreender o processo de implantação e de sustentação do PNHAH dentro de uma unidade de saúde. Para isso, foi utilizado um instrumento de análise próprio buscando detectar os pontos dificultadores e facilitadores, por meio do levantamento dos fatores-chave de sucesso, ou seja, daqueles fatores fundamentais e críticos para o êxito de um segmento de atividades. A partir desses fatores, foram identificados os pontos fortes e pontos fracos que influenciaram no êxito e na continuidade das ações de humanização, segundo o nível de controle dos mesmos pelo hospital e demais instituições/atores envolvidos.

É importante ressaltar que desde o início do estudo não tínhamos a intenção de aplicar o método da *démarche* na sua totalidade e sim utilizá-lo como eixo norteador para o entendimento do processo de mudança de cultura dentro de unidades de saúde tendo em vista a sua consistência teórica e linha de pensamento que corrobora com a visão escolhida nesse estudo para a consolidação de um atendimento mais humanizado que valorize o ser humano nas suas necessidades mais diversas para obter saúde.

Os instrumentos escolhidos para construção com o grupo tiveram como base a análise da posição competitiva para determinar os fatores estratégicos de êxito (fatores-chave de sucesso) e a análise do valor de cada segmento. Foram adotados os seguintes passos:

#### Análise da posição competitiva

No método da *démarche*, segundo Artmann (2002a: 304), a análise da posição competitiva para determinar os fatores estratégicos de êxito levam em consideração os seguintes aspectos: “Os fatores-chave de sucesso servem para avaliar a capacidade que tem o hospital de obter bons resultados em cada um dos segmentos de atividade, ou seja, de satisfazer à demanda pelo serviço correspondente em qualidade e quantidade.”

No caso da nossa pesquisa, como estamos avaliando apenas as questões relativas à humanização do atendimento dentro de um hospital, levamos em consideração algumas características fundamentais dos fatores-chave de sucesso como:

- a indicação e hierarquização de um conjunto de fatores que promovem efetivamente o êxito, aqueles que são efetivamente valorizados pelos profissionais e usuários, tendo como parâmetro a humanização do atendimento;
- o número de fatores escolhidos teve um limite estabelecido (entre 5 e 10);
- o entendimento de que os fatores escolhidos não são invariáveis, sua composição evolui em função das necessidades estabelecidas.

É importante observar que um dos pontos relevantes na adaptação brasileira do método é a opinião dos usuários no processo de escolha dos fatores-chave de sucesso, que não foi possível nesse estudo, sendo levado em consideração a opinião dos integrantes do GTH/HRAS com relação às necessidades dos usuários.

#### Análise do valor de segmento

Quanto à análise do valor de cada segmento, usamos os mesmos itens adotados por Artmann (2002: 256) na adaptação da *démarche*, considerando a humanização como uma “especialidade transversal” – no enfoque original é a partir da especialidade médica que se definem o peso (em percentual) – dos diferentes critérios a serem valorados. Foram então definidos cinco segmentos do hospital que desempenham mais efetivamente o atendimento humanizado. Para isto, foi atribuído inicialmente um peso para o PNHAH e a humanização com relação ao hospital como um todo e posteriormente com relação aos cinco segmentos. Foram considerados os seguintes critérios de avaliação para formação do quadro:

- Possibilidade de crescimento – nesse critério foram analisados a importância social e a capacidade de desenvolvimento tecnológico. As questões relativas a capacidade instalada, aos equipamentos e a outros de infra-estrutura são considerados em outros critérios.
- Investimentos – nesses critérios procura-se saber se os investimentos necessários em instalações, equipamentos e competências médicas/recursos humanos são um impedimento para o desenvolvimento e se funcionam como barreira para entrada de concorrentes. Nota forte no caso de investimento necessário elevado controlado pelo hospital. Nota fraca para investimento necessário pouco controlado.
- Sinergia – refere-se à existência de integração das atividades com outros serviços do hospital (competências e infra-estrutura compartilhadas).



- Motivação interna – nesse critério foi analisado a humanização como fator de motivação interna, diferenciando da *démarche* que procura detectar o interesse e comprometimento dos profissionais em investir nos vários segmentos.
- Possibilidade de parceria externa – busca detectar se existe uma rede de colaboração com instituições ou profissionais externos. Nesse critério foram levados em consideração a relação dos segmentos com outras instituições e com a comunidade, a exemplo da coleta de leite humano e da relação com a Delegacia da Mulher para os casos de violência.
- Potencial regional/local – devido às características territoriais do Distrito Federal (dividido por regiões administrativas e não por municípios), foram agrupados os critérios potencial local e potencial regional, já que o hospital em análise atende todo o DF.
- Potencial de ensino e pesquisa – nesse critério é considerado o potencial em relação às atividades de ensino e pesquisa do hospital.
- Contribuição para o projeto político do hospital (missão) – em que sentido o desenvolvimento do segmento está inserido e contribui estrategicamente para a missão do hospital.
- Contribuição para a imagem externa – se permite criar ou desenvolver uma imagem positiva do hospital para fora, para os usuários e comunidade.
- Ressalta-se que o critério Intensidade da Concorrência foi desconsiderado, tendo em vista que no estudo não foi levado em consideração a rede de saúde.

A definição do peso foi feita distribuindo 100 pontos pelos critérios. Para cada critério é estabelecido um peso percentual (p), correspondendo ao grau de aplicabilidade, à importância ou a pertinência de cada critério em função da humanização em cada segmento (adaptação do método). Cada critério corresponde a uma nota de 0 a 20 (n). O valor global do segmento dependerá dos escores específicos, somatório dos mesmos divididos por cem ( $S = \frac{p \times n}{100}$ ).

100

A partir dos resultados obtidos com a aplicação dos dois instrumentos, torna-se possível a construção do portfólio de Atividades que consiste num gráfico cuja abscissa corresponde à posição competitiva e a ordenada, ao valor dos segmentos. Cada segmento é representado por um círculo cujo tamanho representa a produção dos

segmentos escolhidos. O gráfico é dividido em quatro quadrantes, sendo os dois superiores onde estão inseridos os segmentos de alto valor competitivo e os quadrantes abaixo de baixo valor competitivo com relação às ações de humanização.

O portfólio apresenta uma visão geral da situação do hospital com relação as suas iniciativas de humanização, permitindo, a partir dessa análise, traçar um projeto coletivo com a participação dos atores envolvidos no sentido de implementar uma política de humanização para o hospital.

A adaptação da *démarche* nesse nosso estudo foi muito superficial, porém não deixa de ter sua importância, tendo em vista o fato de podermos estar pensando formas de entender a dinâmica das unidades de saúde possibilitando a visibilidade do seu universo de atuação para poder traçar novos rumos no sentido de trazer outras formas de agir que possam resultar na atenção e na gestão mais humanizada.

O hospital em foco nesse estudo é o Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), e sua escolha se deu por tratar-se de um hospital que integra o Programa desde a 1ª fase nacional e por possuir ações humanizadoras anteriores ao PNHAH, a exemplo do Banco de Leite Humano com o Programa de Mãe Nutriz, que funciona desde 1984.

#### ***4.4.1 Características do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS)***

O HRAS está localizado em Brasília, Distrito Federal (DF), na Asa Sul do Plano Piloto. O Distrito Federal tem uma especificidade na divisão político-territorial, possui um município, Brasília (Plano Piloto), e 19 Regiões Administrativas (não possuem autonomia orçamentária nem administrativa). A área de abrangência do HRAS é composta por cinco regiões administrativas e parte do Plano Piloto (Asa Sul) e a capacidade instalada dessa área de abrangência são compostas de:

CAPACIDADE INSTALADA	UNIDADES
Hospital Terciário	Hospital de Base do DF
Hospital Especializado	Hospital de Apoio
Hospital Regional	HRAS
Unidade Mista	Unidade Mista da Asa Sul
Centro de Saúde	5 centros
Fundação Hemocentro	1
Laboratório Central de Saúde Pública	LACEN
Núcleo de Inspeção	NI – Asa Sul
Centro de Orientação Médico-psicopedagógica	COMPP
Diretoria de Saúde do Trabalhador	DISAT
Faculdade de Ensino e Pesquisa de Ciências para a Saúde	FEPECS

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do DF – 2000

O HRAS é um hospital público do tipo geral com especialidades. Está vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e pertence à Coordenação da Regional Sul de Saúde. Conta com 349 leitos e atende uma população estimada de 350 mil habitantes, abrangendo a Asa Sul, Lago Sul, Guará, Núcleo Bandeirante e São Sebastião. Por ser referência na área materno-infantil, atende a uma demanda vinda de todo o Distrito Federal e Entorno, com uma média diária de 167 atendimentos no ambulatório, 317 na emergência e 44 internações. Possui residência médica nas áreas de pediatria e gineco-obstetrícia, enfermagem e psicologia.

É referência no atendimento para gestação de alto risco, UTI neonatal, reprodução humana assistida com fertilização *in-vitro* para pessoas carentes, UTI da mulher, prevenção do câncer ginecológico, assistência à criança vítima de violência intrafamiliar e atendimento à mulher vítima de violência sexual.

A emergência obstétrica realiza em média 2.300 atendimentos por mês, com 750 a 800 partos mensais. A unidade de pediatria oferece 26 leitos para internação de emergência e atende em média 4.500 crianças por mês na faixa etária de 0 a 14 anos.

Tem uma característica de hospital-escola e recebe médicos e enfermeiras para residência. Além de profissionais da rede de saúde pública e privada do DF para observação e treinamento.

Seu quadro de funcionário é composto por 279 médicos, 96 enfermeiros e 70 outros profissionais com nível superior. Possui 727 profissionais de nível técnico sendo 646 auxiliares e 81 técnicos. O nível elementar é composto de 28 profissionais e no setor administrativo tem um quadro com 183 profissionais.

O HRAS foi inaugurado em 22 de novembro de 1966 e chamava-se Hospital da L2 Sul com capacidade de 150 leitos atendendo nas áreas de ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica médica, cirurgia geral, oftalmologia, otorrinolaringologia e odontologia. Quatro anos depois o hospital foi ampliado com a construção de berçário, maternidade e residência médica. Posteriormente foi construído o laboratório de patologia clínica, banco de sangue, anatomia patológica, manutenção, maternidade, setores de informática, administrativo e de apoio, além da unidade de terapia intensiva. Só em 1979, é que passa a ser chamado de Hospital Regional da Asa Sul.

Com essas ampliações, podemos perceber que, nesse período, o investimento na área de saúde no Distrito Federal era grande. Tinha uma população de classe média que ainda utilizava os serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo, o DF não tinha sofrido com o inchaço das cidades do Entorno.

Programas em destaque no HRAS:

- ✓ Programa de Medicina Fetal – criado em 1996 para prestar assistência e avaliação fetal para o pré-natal de alto risco com tratamento de doenças genéticas, má formação congênita, dentre outras, atendendo pacientes também de outros estados.
- ✓ Programa de Proteção à Criança Vítima de Maus-Tratos – atende as vítimas de violência intrafamiliar com acompanhamento clínico, social e psicológico. Para os familiares são oferecidas terapias familiares.
- ✓ Programa de Atendimento Humanizado à Mulher Vítima de Violência Sexual (SOS Mulher) – funciona desde agosto de 1996 e recebe mulheres procedentes do local do agravo, Instituto Médico Legal e da Delegacia da Mulher. É referência no atendimento para o aborto legal.
- ✓ Atendimento Especializado para Crianças com Distúrbios Psicopatológicos – atende no ambulatório e na emergência.

- ✓ Programa de Reprodução Humana Assistida – criado em 1993 para assistir casais com infertilidade que precisam recorrer ao método de fertilização *in-vitro*. Atende casais também de outras regiões do país.
- ✓ Atendimento Humanizado na UTI Pediátrica – participação dos pais 24 horas junto ao filho. A equipe foi treinada para esse atendimento e fazem parte das reuniões semanais com pais e toda equipe, desde o pessoal técnico até o pessoal de apoio e limpeza.
- ✓ Método Mãe Canguru – promovendo maior interação entre mãe e filho nascido com baixo peso. O atendimento à mãe tem continuidade após a alta hospitalar mantendo o vínculo.
- ✓ Bloco Materno Infantil – inaugurado em 2000 com centro obstétrico realizando em média 750 partos/mês. Todo o ambiente é preparado para o parto humanizado com escolha pela mulher e equipe para melhor forma de realizar o parto. Tem acomodações para acompanhantes.
- ✓ UTI Neonatal – preparada para atendimento humanizado com 24 leitos para tratamento intensivo e com 32 semi-intensivo.
- ✓ Banco de Leite – possui alojamento para mãe nutriz e ateliê de artesanato para as mães.
- ✓ Centro de Estudo – área reservada para os estudos dos profissionais, com equipamentos de informática, biblioteca e auditório. (Brasil, GDF, Relatório do HRAS: 3 -11)

O destaque dos programas e da infra-estrutura do HRAS tem o objetivo de demonstrar que se trata de um hospital com uma história de atendimento diferenciado para os seus usuários, antes mesmo da implantação do PNHAH. Vale a observação de que com esses programas integrados, a possibilidade da oferta de um atendimento qualificado se tornaria muito maior.

O hospital recebeu o título de “Amigo da Criança” em 1996. Em 1998, recebeu o Prêmio Galba de Araújo e, em 1999, o destaque em humanização, com menção honrosa do mesmo Prêmio Galba de Araújo. O laboratório do HRAS é destaque nacional em bacteriologia, sendo classificado entre os 30 do Brasil com 100% de acerto no diagnóstico.

Possui o Serviço para Orientação aos Usuários (SOU), auxiliando na orientação quanto à localização dos setores, horários de funcionamento e especialidades existentes. Funciona também o serviço de ouvidoria.

#### ***4.4.2 O Processo de Implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar no HRAS***

A partir dos dados colhidos nos relatórios de implantação do PNHAH, fornecido pelo GTH/HRAS, procuraremos fazer um breve relato do processo de implantação. Observando que o GTH/HRAS seguiu à risca todos os passos da metodologia adotada pelo PNHAH, sendo esse grupo juntamente com o GTH do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) os incentivadores do PNHAH em toda a rede do DF. Continuaram a implantação da humanização em todas as unidades da rede de saúde, mesmo após o término do PNHAH, realizaram uma oficina para divulgar o Programa de Humanização e montagem dos planos de ação em cada unidade de saúde do DF.

Não podemos esquecer que o cenário da saúde no Distrito Federal, há pelo menos dois anos, é “caótico” chegando à necessidade de intervenção federal, o que dificulta qualquer iniciativa de melhoria. Um outro fator relevante são as questões partidárias que de uma forma ou de outra acabam por facilitar ou impedir que determinadas ações caminhem em prol dos interesses da população.

O primeiro passo para a implantação do PNHAH aconteceu em outubro de 2001, e foi a escolha democrática do Grupo de Trabalho de Humanização após um processo de informação, sensibilização e conscientização com a direção do hospital e as chefias de unidades. Foi realizado também um corpo-a-corpo em todos os setores para divulgação do programa e convite para participação.

Nesse processo, foram colados cartazes com os temas “o que é humanizar e o que é humanização”. Também foi realizada uma pesquisa informal sobre essas duas perguntas e colocadas as respostas no mural para divulgação.

Foi constituído o GTH e publicado no Diário Oficial do Distrito Federal em 12/12/2001, vale observar que nesse momento o Programa tinha um apoio da diretoria do hospital,

bem como da Secretaria Estadual de Saúde, tendo em vista a rapidez com que o processo vinha acontecendo. Nesse mesmo período foi elaborado o Regimento do GTH/HRAS, em 14/11/2001.

A próxima etapa foi o levantamento e diagnóstico das unidades hospitalares, levando em consideração as instalações físicas, recursos materiais, recursos humanos e sistema de comunicação. Foram levantadas as ações relativas à humanização em todas as áreas do hospital.

As ações levantadas nas unidades são basicamente festas de comemoração de aniversários, confraternizações e, em algumas áreas, reuniões para discutir problemas. Com exceção da UTI Pediátrica e do Centro Obstétrico trabalham com ações mais pontuais em termos de humanização com treinamento dos funcionários para o parto humanizado e para o convívio com os acompanhantes.

No diagnóstico apresentado no levantamento feito pelo GTH/HRAS um dos destaques é a falta de comunicação no hospital, chegando a ponto de determinadas áreas não ficarem sabendo de eventos do próprio hospital. Um outro problema freqüente é a falta de material e de mobiliário adequado para os ambientes. A falta de treinamento para os servidores é uma constante em quase todos os setores avaliados.

Após o diagnóstico, foi traçado o Plano de Ação de Humanização com reuniões semanais para distribuição de tarefas, divulgação do PNHAH para todos os funcionários, capacitação dos funcionários e distribuição de caixas de sugestões em todas as unidades para avaliar a satisfação de profissionais e usuários.

Na primeira avaliação realizada pelos GTHs (HRAS e HRAN), em dezembro de 2001, foram apresentadas como principais dificuldades a falta de um local apropriado para guardar o material, recursos humanos com disponibilidade para realizar as tarefas do GTH, falta de recursos financeiros para viagens a Belo Horizonte onde foram realizadas as reuniões com o Comitê Regional. Apesar das dificuldades, o grupo coloca como positivo o envolvimento das pessoas com o Programa e apontam sugestões para o ano de 2002.

Destacam-se nas observações levantadas na avaliação: o apoio financeiro do Ministério da Saúde para divulgação do Programa e para participação em eventos de humanização; a contratação de consultor para acompanhamento nos hospitais de referência; treinamento do pessoal na área de humanização; e o incentivo para cumprir a meta do PNHAH na conquista do título de Hospital Humanizado, por conseguir mudanças concretas comprometidas com uma nova forma de cuidar.

Os avanços apresentados nos relatórios mensais do GTH/HRAS demonstram o cumprimento das tarefas de divulgação e capacitação em atendimento humanizado com utilização de fitas de vídeo que aborda, também, temas como o estresse no trabalho e soluções para amenizar esse problema. São realizados trabalhos manuais pelas mães, terapia ocupacional com acompanhantes e pacientes de longa permanência no hospital.

A adequação do Plano de Ação para as novas necessidades incluiu a sensibilização de gestores (Diretor do Hospital e Secretário de Saúde), necessidade de buscar parcerias com grupos voluntários e Banco de Prestadores de Serviços. Promover mais capacitações no sentido de uma educação continuada. Aprimorar a sinalização e informações para os usuários. Foram apontadas como necessidades a adequação de algumas áreas físicas de acordo com as exigências do Ministério da Saúde; proporcionar melhores condições de trabalho; a capacitação especializada para os funcionários do hospital e a necessidade de oficializar o dia da Humanização no Atendimento Hospitalar.

### ***Experiências de Humanização Durante o PNHAH***

Melhoria do atendimento ao visitante – após diagnóstico da situação foi proposto a confecção de fôlder explicativo para os acompanhantes esclarecendo os procedimentos que podem e devem ser adotados e o que não é permitido.

Recepção de acolhimento aos residentes de medicina e enfermagem – apresentação pelo Diretor do Hospital a filosofia do atendimento humanizado, recepção com mensagens de boas vindas e café da manhã de confraternização.



Sinalização e organização por parte da recepção para o atendimento de visitantes – foi montado um mapa e feita a distribuição de cartões em cores diferentes, para evitar a superlotação nas enfermarias nos horários de visita, evitando-se o risco de contaminação. Esclarecimentos sobre os procedimentos a serem adotados pelos visitantes, como não sentar na cama do paciente e não trazer alimentos.

As tarefas apresentadas nas reuniões do GTH continuaram com foco na divulgação do PNHAH, sinalização para os usuários, colocação de caixas de sugestões, exibição de filmes e promoção de cursos para servidores e usuários. Um dos problemas apontados foi a necessidade de liberação por parte da direção, dos integrantes do GTH/HRAS para realizar as atividades de humanização. Ressalta-se, nesse aspecto, a necessidade de integrar as atividades de humanização à rotina do hospital.

Em 25 de abril de 2002, foi feita uma avaliação e apresentada no relatório do GHT/HRAS onde são colocadas as seguintes questões: O PNHAH foi para o grupo uma experiência valiosa e de grande desafio. Teve uma acolhida favorável por parte da Direção do Hospital, entendendo o Programa como uma solução para resolver questões no campo das relações humanas. Muitos servidores atenderam ao pedido do Programa e acreditaram na possibilidade de mudança. Vale destacar a observação do relatório: “Ocorreu, em alguns momentos e setores, uma resistência em participar do Programa por um descrédito na seriedade e no compromisso dos órgãos responsáveis como o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde, em cumprir seus compromissos.” (BRASIL/SES/DF/HRAS, 2001: 61)

Uma dificuldade apontada foi com relação à pouca importância dada à humanização, principalmente pela classe médica. Muitos consideram que é suficiente o conhecimento técnico para um bom atendimento. A sobrecarga de atividades também é um problema apontado como dificultador para implantação do programa.

Nesse mesmo relatório, é esclarecido que esta primeira etapa foi de divulgação e conscientização do Programa, sendo o mais importante nesse processo os debates sobre o tema humanização. Entre os avanços está a implantação do grupo de arteterapia para os servidores, os cursos de capacitação, as reformas físicas (decorações) implantadas e o Cartório para registro de nascimentos e óbitos.

É apontado como necessidades para que o programa se concretize: conhecimento do tema, compromisso com as questões de humanização, uma maior integração entre equipes e apoio institucional. No mesmo relatório, são apresentados os materiais de divulgação para os pais e acompanhantes, uma pesquisa com os usuários da UTI pediátrica e um projeto para humanização das Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos para a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) ampliando um projeto já iniciado em 1996 no Hospital de Base do DF e o projeto do Curso de Capacitação em Humanização para enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Com os dados do relatório das atividades realizadas durante o PNHAH no Hospital Regional da Asa Sul, percebemos, primeiramente, o empenho e compromisso das pessoas que estão à frente do GTH/HRAS, compromisso esse, que levaram o grupo a se juntarem ao GTH do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) para difundir a humanização para as demais unidades da rede de saúde do Distrito Federal. Percebemos também que foram realizadas as etapas, segundo a metodologia do PNHAH como capacitação de multiplicadores, elaboração de regimento interno, ações para melhorar a comunicação com os usuários entre outras.

Vale destacar, como já colocado no início da análise de implantação do PNHAH, no capítulo anterior, que existia um campo fértil para a humanização a partir dos projetos já implementados no hospital há bastante tempo como o Parto Humanizado e o Programa de Mãe Canguru, Banco de Leite entre outros que já realizam um trabalho voltado para o respeito ao cidadão e valorização da vida. Com base nesse fato, parece-nos que em locais como esses o PNHAH serviu como reforço às ações que vinham sendo implementadas, e trouxe maior respaldo frente às outras equipes, no início do PNHAH, junto à direção do hospital.

#### ***4.4.3 Relato do trabalho com o GTH/HRAS***

A avaliação teve início com um primeiro contato com os integrantes do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH/HRAS), que tem como coordenadora uma médica

chefe da unidade de terapia intensiva infantil. Inicialmente, nossa participação foi informal nas reuniões para sentir a dinâmica dos trabalhos e melhor conhecer o grupo.

Os GTHs do HRAS e do Hospital Regional da Asa Norte são os grupos que lideram todo o trabalho de humanização no Distrito Federal tendo um apoio institucional da Secretaria Estadual de Saúde.

É importante contextualizar o momento em que ocorreram essas visitas. O PNHAH tinha encerrado as suas atividades no início do ano de 2003 com uma promessa de continuidade. O Comitê Nacional, condutor do programa, tinha como certo sua continuidade no processo, nesse período foi realizado um encontro com os representantes do Centro-Oeste. Quando iniciamos a participação nas reuniões o GTH encontrava-se desmotivado, sem saber qual a perspectiva de continuidade.

A primeira reunião aconteceu em maio/2003 onde fomos apresentados ao grupo durante a reunião semanal. Na ocasião, explicamos o intuito da pesquisa e solicitamos autorização de todos para participar nas reuniões que aconteciam uma vez por semana, com duas horas de duração.

Como o processo estava sendo retomado após o encerramento do PNHAH, as reuniões não aconteceram semanalmente, retornando para a organização da festa junina e de datas comemorativas dos profissionais.

Nas reuniões do mês de agosto e setembro de 2003 o grupo estava organizando o Seminário de Capacitação e Elaboração do Plano de Ação Regionalizado, encontro das unidades de saúde do DF, no sentido de orientá-los na elaboração de planos de humanização do atendimento e participamos como ouvinte de um dos encontros e do evento. Por conta dessas atividades desenvolvidas pelo GTH, só foi possível retomar o grupo no início de outubro/2003 quando participamos de outra reunião onde foi feita uma breve apresentação do trabalho a ser realizado com o grupo e proposto a aplicação do instrumento de pesquisa.

Os instrumentos da pesquisa foram elaborados a partir do modelo adotado na *démarche stratégique* detalhados no início desse capítulo. O primeiro instrumento a ser aplicado

no grupo foi referente aos fatores-chave de sucesso detectando os pontos facilitadores e dificultadores no processo de humanização dentro do HRAS. Para análise da Posição Competitiva foi utilizado um quadro com a listagem de cinco a dez fatores estratégicos de êxito apontando as condições positivas necessárias para se ter êxito no desempenho das atividades relativas à humanização do atendimento. Um outro quadro foi utilizado para análise do valor de cada segmento em relação à humanização, levando-se em consideração dez critérios de avaliação; 1) possibilidade de crescimento, 2) intensidade de concorrência, 3) investimento, 4) sinergia, 5) motivação interna, 6) possibilidade de parceria externa, 7) potencial regional/local, 8) potencial de ensino e pesquisa, 9) contribuição para o projeto político geral do hospital, 10) contribuição para a imagem externa. Como apontado na metodologia, os seguimentos foram definidos por nós, de acordo com as ações de humanização desenvolvidas dentro do HRAS.

Após o trabalho com o GTH/HRAS na aplicação dos instrumentos, foram realizados encontros individuais para aplicação do instrumento fatores-chave de sucesso, com cada coordenador das áreas escolhidas para análise: Parto Humanizado, Mãe Canguru, o Banco de Leite Humano o tratamento adotado na UTI Pediátrica e o atendimento às mulheres e crianças vítimas de violências. Com os dados obtidos foi possível montar o portfólio para apresentação de uma visão geral das ações de humanização dentro do HRAS possibilitando oferecer pistas para a construção de uma política de humanização no hospital.

A construção do instrumento deu-se em outubro de 2003, quando o grupo retornou as suas atividades internas. Na ocasião, estavam presentes vários integrantes do GTH, da UTI infantil, do Banco de Leite, da Ouvidoria, do Setor Administrativo, psicólogos, enfermeiras e médicos, além da Dra. Elizabeth Artmann orientadora da pesquisa. Foi um momento importante onde pudemos ouvir depoimentos de integrantes das áreas do hospital além do debate em torno das questões apresentadas no sentido de levantar os fatores chave-de-sucesso para a continuidade do programa. Em seguida passou-se à identificação dos pontos fortes e pontos fracos, ou seja, os de maior e menor controle pelos atores envolvidos e que poderão contribuir para a formulação de um plano de ação de fortalecimento e continuidade do programa de humanização no hospital.

O primeiro quadro a ser trabalhado foi com relação aos pontos dificultadores e facilitadores, o grupo escolheu os itens de maior relevância para a continuidade de programa no hospital e atribuiu um peso (0 a 20) até formar um total de 100. Com hierarquia de prioridade. Do item mais importante até o de menor relevância.

AVALIAÇÃO EM TERMOS DE HUMANIZAÇÃO  
PÓS-IMPLEMENTAÇÃO DO PNHAH

<b>CONTROLE DOS FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO</b>				
FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO	% PESO	NOTA 0-20	ESCORE	OBSERVAÇÕES
1º - Apoio da direção do hospital Apoio do gestor estadual e federal	25	10 2	2,5	Nesse fator foram consideradas as três instâncias de gestão, sendo que os apoios foram diferenciados.
2º - Infra-estrutura adequada para os pacientes e seus acompanhantes	15	10	1,5	
3º - Política de Humanização de RH	15	0	0	
4º - Política Humanização na formação dos profissionais de saúde	15	5	0,75	
5º - Comunicação e interação das áreas	10	2	0,2	
6º - Equipe interdisciplinar	10	5	0,5	
7º - Política de saúde para os servidores	10	0	0	
	<b>100</b>			
<b>ESCORE SOBRE O SEGMENTO</b>			<b>5,45</b>	

Durante a construção do quadro foram colocadas questões relevantes, as quais reproduzimos algumas como forma de ilustrar o grau de satisfação do grupo no processo de humanização vivido com o PNHAH.

“Para humanizar tem de prestar atenção no que o outro precisa.

Na humanização não existe uma forma técnica uma metodologia, temos que despertar o outro.

É preciso o apoio de todo o grupo para dar continuidade às ações de humanização.

É difícil trabalhar o envolvimento das pessoas elas falam logo em salário.

Fazer o Plano de Ação é fácil, difícil é colocar em prática – colocar a qualidade do atendimento na competência da saúde.

É preciso estar atento para a política de descentralização da saúde.

A humanização teve o apoio da direção e da Secretaria Estadual de Saúde com a criação das Ouvidorias em todas as Regionais de Saúde – Lei da Ouvidoria.

É preciso uma mudança de atitude por parte de todos que trabalham com saúde.”

Depoimentos dos integrantes do GTH/HRAH, 2003.

Apesar do grupo apresentar um grau de consciência sobre as necessidades do agir para humanizar o atendimento, apresentando um envolvimento alto, temos a impressão de que a humanização não é tida como uma política prioritária. Existe uma consciência por parte da direção da necessidade de melhorar a qualidade do atendimento, mas a humanização não é um caminho pragmático e efetivo, ficando mais por conta do GTH/HRAS para realizar atividades no sentido de melhorar o atendimento às mulheres, em especial, as que têm longa permanência no hospital, para as acompanhantes dos filhos ou por estarem com uma gestação de alto risco. Observe-se a nota média dada pelo grupo ao fator 'apoio da direção' escolhido como primeiro entre os fatores estratégicos de êxito, a nota foi 10, a metade do que seria necessário para um apoio ideal em termos de humanização. Nesse mesmo item foi tido como de grande importância o apoio dos gestores estadual e federal, esses receberam a nota 2, bastante inferior, demonstrando a falta de apoio desses gestores com relação às ações de humanização.

Esse aspecto faz com que o GTH tenha que estar sempre conquistando espaços novos dentro do hospital, mesmo depois de decorridos quase dois anos de implantação do PNHAH. Vale ressaltar que o GTH compõe-se de pessoas envolvidas e que tem uma atuação ampliada para a rede de saúde do DF no sentido de implantar a humanização em todas as unidades de saúde. Aqui vale uma observação quanto à situação crítica que se encontra a saúde no DF, estando a partir de fevereiro/2004 em processo de intervenção por parte do Ministério da Saúde e da Promotoria Pública, com gestão dupla da Secretaria de Saúde do DF e do Ministério da Saúde.

O maior reconhecimento dentro do hospital em termos de humanização está relacionado às ações já existentes antes do PNHAH, como o Parto Humanizado, Mãe Canguru, o Banco de Leite Humano o tratamento adotado na UTI Pediátrica e o atendimento às mulheres vítimas de violência. Essa visão é confirmada nos dados apresentados no relatório do GTH/HRAS.

Tendo em vista as ações desenvolvidas nas áreas acima citadas, optamos por aplicar também o instrumento para análise do valor ou da Capacidade de Atração de Segmento, considerando essas cinco áreas como segmentos e avaliando com relação às ações de humanização. A escolha não foi feita em grupo como é usual na *démarche*, com todos os participantes e setores envolvidos.

Tendo em vista as ações relativas ao PNHAH nas áreas de neonatologia (berçário), Banco de Leite, UTI Pediátrica, Maternidade/Parto Humanizado, Prevenção de optamos por fazer a avaliação do valor do segmento nesses setores, acreditando serem as áreas de maior relevância para o Programa. O quadro foi respondido pelo diretor do Hospital e pela coordenadora do GTH/HRAS.

AVALIAÇÃO DO VALOR (CAPACIDADE DE ATRAÇÃO) DO SEGMENTO  
HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL – HRAS  
DEZEMBRO/2003

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PNHAH PESO %	Segmento Berçário NOTA 0 – 20	Escore	Segmento Banco de Leite NOTA 0 – 20	Escore	Segmento UTI Pediátrica NOTA 0 – 20	Escore	Segmento Parto Humanizado NOTA 0 – 20	Escore	Segmento Violência NOTA 0 – 20	Escore
Possibilidade de Crescimento	14	15	2,1	15	2,1	15	2,1	20	2,8	15	2,1
Investimento (Barreira à Entrada)	10	10	1,0	15	1,5	15	1,5	20	2,0	15	1,5
Sinergias (no nível de competências e infra-estruturas compartilhadas)	4	5	0,2	5	0,2	5	0,2	10	0,4	10	0,4
Motivação interna	10	5	0,5	5	0,5	10	1,0	10	1,0	5	1,0
Possibilidades Parceria Externa	14	10	1,4	20	2,8	15	2,1	10	1,4	15	2,1
Potencial Regional/Local *	14	15	2,1	15	2,1	10	1,4	20	2,8	15	2,1
Potencial de Ensino e Pesquisa	14	20	2,8	15	2,1	18	2,52	20	2,8	15	2,1
Contribuição para o Projeto Político Geral do Hospital	10	10	1,0	15	1,5	15	1,5	15	1,5	18	1,8
Contribuição para a imagem externa	10	10	1,0	20	2,0	10	1,0	20	2,0	20	2,0
			<b>12,1</b>		<b>14,8</b>		<b>13,32</b>		<b>16,7</b>		<b>15,1</b>



A análise dos dados do quadro de avaliação do valor de segmento demonstrou que o grupo considera de alto valor para o PNHAH os critérios: a possibilidade de crescimento do Programa no Hospital, a possibilidade de parceria externa e ao potencial de ensino e pesquisa. Quanto à relação com os segmentos escolhidos o que tem maior capacidade de atração é a Maternidade/Parto humanizado pela própria história dentro do hospital, existe toda uma infraestrutura montada para um trabalho humanizado, lembrando que essas ações são anteriores à implantação do PNHAH.

A Maternidade/Parto Humanizado apresenta a maior possibilidade de crescimento, possui uma demanda crescente, 68% dos partos realizados são normais. Tem ainda uma taxa alta de cesarianas por ser referência em gestação de alto risco e fertilização *in-vitro* (Relatório do GTH/HRAS, 2001). Apresentou também a maior intensidade de concorrência, é referência na área materno-infantil para o DF, apesar de outras unidades de saúde também realizarem atendimentos materno-infantil.

Quanto ao critério de investimentos, muito foi realizado para montar a infra-estrutura física e de pessoal, todas foram capacitadas para o parto humanizado. Hoje é considerada a área de maior visibilidade do hospital, juntamente com o Banco de Leite e a prevenção de violência, esta, provavelmente, por realizar procedimentos diferenciados que afetam positivamente a comunidade local, que antes não tinha opção para tratar de assuntos tão delicados como a violência intrafamiliar e contra a mulher.

Dois aspectos devem ser observados nos resultados que reafirmam a suposição já detectada anteriormente na implantação nacional do PNHAH: 1) falta de integração entre as áreas e 2) falta de motivação interna pelas atividades realizadas. Esses dados aparecem também no quadro, onde tiveram as menores notas. Esse aspecto demonstra a fragmentação dos setores com relação a um projeto coletivo dentro do hospital, as relações acontecem mais entre as pessoas do que entre os processo de trabalho. Esta é uma das características apontada pela *démarche* à independência das unidades com suas normas e procedimentos o que pode provocar também um fraco sentimento de pertencer à organização.

Quanto às parcerias externas tiveram notas altas o Banco de Leite, a UTI Pediátrica e Prevenção e Violência. O Banco de Leite e a Prevenção de Violência realizam suas atividades

com intercâmbio com outras instituições, como o Corpo de Bombeiros, com a Delegacia da Mulher e o Instituto Médico Legal.

Os critérios relativos ao Potencial Regional e Local foram agrupados em um só devido à peculiaridade do Distrito Federal só possuir um município – Brasília e as cidades do entorno compondo uma mesma região. Nesse item todos tiveram notas altas tendo em vista a procura ao HRAS por usuários de todo o Distrito Federal e entorno (cidades do Estado de Goiás, próximas do DF).

O potencial de ensino e pesquisa é alto tendo em vista a característica de ser um hospital–escola com residência médica e de enfermagem, recebendo também estagiários de auxiliar de enfermagem.

Apesar de terem sido atribuídas notas altas no critério “contribuições para o Projeto Político Geral do Hospital” e ser reconhecido por parte da direção que as ações de humanização nas diversas áreas do hospital contribuem para a imagem externa do hospital, principalmente o Banco de Leite, a Maternidade e Prevenção de Violência, bem como posteriormente ao programa. Percebe-se ao longo do relato que a humanização não é um item prioritário, tendo em vista a falta de um projeto coletivo de humanização na implementação do PNHAH.

Após a aplicação dos dois instrumentos foram realizados encontros com cada coordenador das cinco áreas citadas e foram feitas perguntas relativas aos fatores de maior importância para o atendimento humanizado ideal, onde foram atribuídos percentuais com escalas de prioridades somando um total de 100. Depois foram atribuídas notas de 0 a 20 com relação à situação atual de cada segmento.

## AVALIAÇÃO EM TERMOS DE HUMANIZAÇÃO

CONTROLE DOS FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO - UTI PEDIÁTRICA			
FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO	% PESO	NOTA 0-20	Score
1º - Infra-estrutura adequada para os pacientes e seus acompanhantes	25	10	<b>2,5</b>
2º - Apoio da direção do hospital Apoio do gestor estadual	20	15	<b>3,0</b>
3º - Comunicação e interação	15	10	<b>1,5</b>
4º - Política de Humanização de RH	20	10	<b>2,0</b>
5º - Equipe interdisciplinar	20	10	<b>2,0</b>
	<b>100</b>		
<b>ESCORE SOBRE O SEGMENTO</b>			<b>11</b>

A partir do quadro para avaliação da UTI Pediátrica com a descrição de cinco itens que possibilitasse as condições ideais para a humanização do atendimento, podemos observar que com exceção do apoio da direção que recebeu nota 15, todos os outros quesitos (infra-estrutura, comunicação/interação, equipe interdisciplinar, política de humanização para RH) receberam nota 10 o que representa um cenário que possui a metade do que deveria ter para ser ideal. O maior percentual foi dado para a infra-estrutura.

## AVALIAÇÃO EM TERMOS DE HUMANIZAÇÃO

CONTROLE DOS FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO - BANCO DE LEITE			
FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO	% PESO	NOTA 0-20	Score
1º - Apoio da direção do hospital	30	15	<b>4,5</b>
2º - Infra-estrutura adequada para os trabalhadores	20	15	<b>3,0</b>
3º - Equipe interdisciplinar	20	8	<b>1,6</b>
4º - Relação com outros setores	15	8	<b>1,2</b>
5º - Política de Humanização para os servidores	15	15	<b>2,25</b>
	<b>100</b>		
<b>ESCORE SOBRE O SEGMENTO</b>			<b>12,55</b>

O Banco de Leite é um dos segmentos mais antigos do HRAS funcionando há bastante tempo desde 1988 com um atendimento às mães e à comunidade. Tem um trabalho junto com o Corpo de Bombeiros que faz a coleta domiciliar de leite humano. O tratamento humanizado junto às mães doadoras é uma conquista ao longo desses anos, um trabalho que foi se consolidando na prática diária dos profissionais que fazem a equipe do Banco de Leite. Na descrição das condições ideais para o êxito da humanização do atendimento, o apoio da direção recebeu o maior percentual (30%) e foi atribuída uma nota alta (15) para o existente, o

que demonstra que o Banco de Leite tem o apoio da direção e possui uma infra-estrutura adequada para o atendimento humanizado. Os itens que receberam notas mais baixas foram relações com os outros setores e equipe interdisciplinar (ambas notas 8). Esse foi um dos problemas relatados pela coordenação do Banco de Leite, a necessidade de uma maior interação com setores afins e da necessidade de uma equipe com outros profissionais de psicologia e enfermagem para um maior suporte às mães e doadoras.

### AVALIAÇÃO EM TERMOS DE HUMANIZAÇÃO

<b>CONTROLE DOS FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO - PARTO HUMANIZADO</b>			
FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO	% PESO	NOTA 0-20	Escore
1º - sensibilização continuada da equipe do Parto Humanizado	25	15	<b>3,75</b>
2º - Treinamento em serviço com técnicas adequadas	20	10	<b>2,0</b>
3º - RH suficiente para o atendimento	15	10	<b>1,5</b>
4º - Harmonia entre as equipes dos diversos setores para qualidade do atendimento	15	15	<b>2,25</b>
5º - compromisso com os usuários	25	15	<b>3,75</b>
	<b>100</b>		
<b>ESCORE SOBRE O SEGMENTO</b>			<b>13,25</b>

A avaliação do segmento parto humanizado foi muito diferente dos segmentos anteriores, por se tratar de uma área com uma infra-estrutura adequada para o atendimento humanizado. As questões colocadas para o atendimento ideal de êxito forma com relação à capacitação e à sensibilização das equipes de profissionais e o compromisso com o usuário. O maior peso atribuído foi a sensibilização continuada da equipe que trabalha com o parto humanizado e o compromisso com o usuário (25%). Ambas receberam notas altas (15) o que demonstra um processo já instalado de humanização do atendimento. Os fatores que receberam notas mais baixas (10) foram treinamento com técnicas adequadas e recursos humanos suficiente. Nota-se que se trata de um segmento que trabalha com técnicas que buscam, na sua essência, dar um atendimento mais humanizado, por esse motivo a nota mais baixa atribuída foi 10 o que leva a crer que se trata de um diferencial dentro do hospital.

## AVALIAÇÃO EM TERMOS DE HUMANIZAÇÃO

CONTROLE DOS FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO – UTI NEONATAL/BERÇÁRIO)			
FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO	% PESO	NOTA 0-20	Escore
1º - Política de humanização para o RH	25	10	2,5
2º - Infra-estrutura	25	10	2,5
3º - Reconhecimento e valorização das competências do RH	30	0	0
4º - Relação mais estreita com o usuário	10	5	0,5
5º - Apoio psicológico preventivo p/ RH e usuários	10	0	0
	<b>100</b>		
<b>SCORE SOBRE O SEGMENTO</b>			<b>5,5</b>

A avaliação da Unidade de Neonatologia (UTI Neonatal/Berçário) foi realizada por uma integrante da equipe de enfermagem, em que foi relatado todo o funcionamento do segmento e, posteriormente, respondido o quadro acima. Como se trata de uma unidade de referência que recebe os casos mais graves do DF, possui uma infra-estrutura de equipamento adequada para atender os recém-nascidos prematuros com 44 leitos, mesmo assim, ainda é pouco para atender a demanda de toda a rede do DF. Por esse motivo a infra-estrutura aparece como um dos fatores estratégicos de êxito, com peso 25% e nota 10, representando a metade do que seria necessário para o atendimento ideal humanizado.

Um outro problema relatado foi quanto à necessidade de especialidades diversificadas na equipe, como psicólogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Esses muitas vezes estão no próprio hospital exercendo outras funções, muitas de nível médio, não possuindo um programa de aproveitamento de competências. O aproveitamento de competências das pessoas que trabalham nas equipes do hospital foi o fator estratégico de êxito que recebeu a maior porcentagem 30% e a nota 0, por não possuir nenhuma ação nesse sentido. Na relação com o usuário já existe um trabalho da equipe de enfermagem em curso, com reunião com os pais para orientações de cuidados com os bebês e incentivo ao acompanhamento presencial dos bebês e ao aleitamento materno em conjunto com o Banco de Leite. As visitas são abertas para os pais durante o dia, até às 21 horas.

A relação com os usuários (mães/pais) recebeu peso 10% e nota 5 justificado pela necessidade de uma escuta maior às mães, devido às dificuldades em lidar com a situação de precariedade dos bebês prematuros e muitas delas são adolescentes. O apoio psicológico foi apresentado como um fator estratégico de êxito recebendo peso 10% e nota 0, pela necessidade de um acompanhamento psicológico tanto para os pais como para a equipe devido ao enfrentamento

da morte muito constante devido à gravidade dos casos. Os bebês que são encaminhados para a UTI Neonatal são os casos mais graves de toda a rede, muitas vezes com poucas chances de sobrevivência. Os que melhoram são transferidos para outras unidades de saúde, preferencialmente, próximo da residência dos pais.

### AVALIAÇÃO EM TERMOS DE HUMANIZAÇÃO

<b>CONTROLE DOS FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO - PREVENÇÃO DE ACIDENTES VIOLÊNCIAS</b>			
<b>FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO</b>	<b>% PESO</b>	<b>NOTA 0-20</b>	<b>Escore</b>
1º - Apoio da direção	25	18	4,5
2º - Infra-estrutura para acolhimento	25	18	4,5
3º - Apoio e participação do RH	20	15	3,0
4º - Relação interssetorial dentro do hospital	15	12	1,8
5º - Relação com outros órgãos e Segmentos da comunidade	15	15	2,25
	<b>100</b>		
<b>ESCORE SOBRE O SEGMENTO</b>			<b>16,05</b>

OBS. nesse programa foram levadas em consideração as ações voltadas para mulheres e crianças que sofrem violências.

Prevenção de acidentes e violência é um dos segmentos que mais necessita da relação interssetorial e com outros órgãos públicos e setores da comunidade, já que os cuidados com pessoas que sofreram violência, especialmente, mulheres e crianças, ultrapassam o atendimento psicológico e social, necessitando de setores de apoio como a obstetrícia e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, delegacia da infância e adolescência e da mulher, dentre outros.

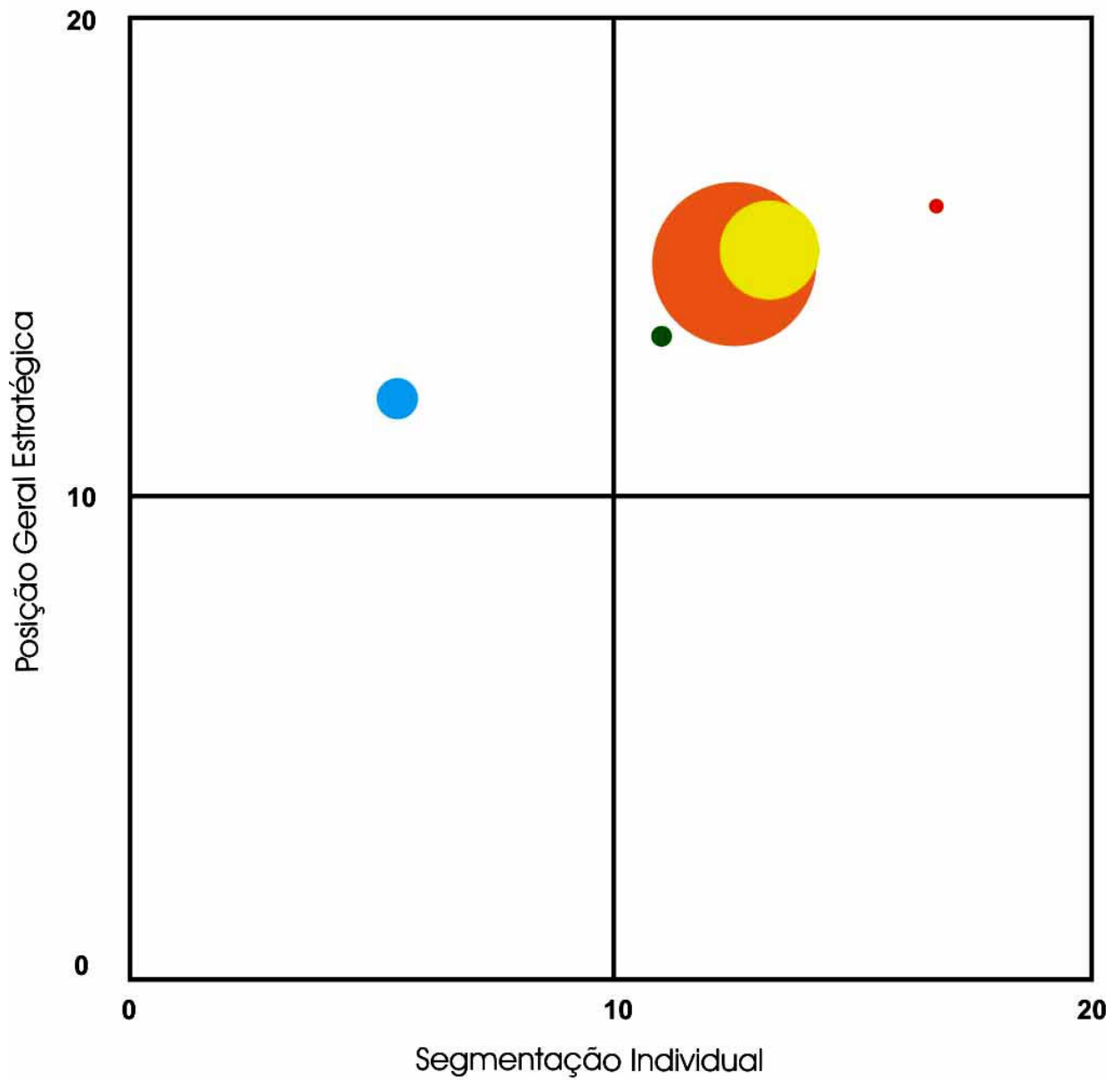
Como se trata de situações de extrema fragilidade para o paciente um ambiente de acolhimento adequado com privacidade é fundamental. Por esse motivo o apoio da direção e a infra-estrutura para o acolhimento foram os que receberam os maiores percentuais (25%), como também foram atribuídas as maiores notas (18) o que demonstram ser um segmento que se encontra numa situação favorável de êxito no sentido do atendimento humanizado. Uma nota que foi baixa em relação às outras foi a atribuída à relação interssetorial reforçando um dado já demonstrado na avaliação do PNHAH – a falta da relação entre as unidades do hospital.

### ***Portafólio dos segmentos***

A partir dos dados obtidos com a aplicação do instrumento que avalia o controle dos fatores estratégicos de êxito nos cinco segmentos (UTI Pediátrica, Banco de Leite, Parto Humanizado, UTI Neonatal e Acidentes e Violências contra Mulheres e Crianças) foi construído o gráfico a seguir para auxiliar na construção de um projeto de humanização para esses segmentos buscando integrá-los na perspectiva de implementação de uma política de humanização para todo o hospital. Esse trabalho pode servir como ponto de partida para construção de um projeto mais coletivo.

Uma observação deverá ser levada em consideração quanto às avaliações realizadas nos segmentos UTI Neonatal (Berçário) e o Parto Humanizado. Por possuírem infra-estruturas montadas para um atendimento de qualidade, como já foi citado anteriormente, acreditamos que a avaliação realizada com uma pessoa estratégica para cada um desses segmentos, direcionou o foco para as questões relativas aos profissionais. No caso da UTI Neonatal (Berçário) esse aspecto ficou mais evidente no gráfico do portafólio, demonstrando a necessidade de um maior investimento nesse sentido.

# Portafólio



	Média Atendimento/Mês
 UTI Neonatal	140
 Banco de Leite	1.200
 UTI Pediátrica	70
 Parto Humanizado	530
 Prevenção de Violência (criança e mulher)	20



Ressaltamos que a utilização de alguns quadros instrumentos da *démarche stratégique* não representa uma avaliação concluída, apenas aponta para a possibilidade de utilização do método de forma mais completa para uma análise da situação das ações de humanização nas unidades de saúde, possibilitando a elaboração de um projeto coletivo que leve ao melhor aproveitamento das potencialidades para uma mudança de cultura voltada para a valorização da pessoa, do trabalho em equipe e da gestão participativa.

Acreditamos que a aplicação adaptada da *démarche stratégique* é uma estratégia a ser utilizada para mapear as necessidades e buscar formas de solução para a integração entre unidades de saúde local, para melhorar a oferta, reorganizar a demanda e oferecer um atendimento universal e com equidade.

A aplicação da *démarche stratégique* poderia ter sido melhor adaptada se tivéssemos tido uma maior penetração em toda a dinâmica de funcionamento do hospital, com um trabalho mais intenso e com um foco mais abrangente, não apenas na linha de ação adotada pelo PNHAH. Fica como sugestão de aplicação dessa estratégia quando for avaliar a humanização enquanto uma política que passa transversalmente por toda a unidade de saúde, interferindo na sua organização para um acolhimento ao usuário com responsabilização de toda a equipe de saúde.

A utilização do método da *démarche*, (ATMANN, 2002a: 278) leva à implementação de um projeto gerencial que priorize a integração entre os diversos segmentos do hospital, a racionalidade econômica de acordo com a missão e a negociação de uma rede de cuidados com outros estabelecimentos do sistema de saúde, valorizando suas características de competitividade a partir da reorganização do existente.

## **5. Visão de Futuro**

As experiências de humanização implementadas nos programas do Ministério da Saúde, a exemplo do Parto Humanizado, Hospital Amigo da Criança, Prêmio Galba de Araújo, Programa de Atenção ao Parto e Pré-Natal e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar são programas que têm importância e avanços consideráveis com relação ao tratamento mais humanizado, especialmente as iniciativas voltadas para a área

materno infantil. Apesar de serem programas que já acontecem há bastante tempo, não se conseguiu uma interface entre eles, ocorrendo ações fragmentadas com pouca ou nenhuma interligação, mesmo estando implantados num mesmo hospital, fato que pode ser observado no Relatório da Experiência do PNHAH e que podemos também trazer como resultado desse estudo.

Essa falta de integração foi um ponto a ser levado em consideração no momento de serem traçadas as diretrizes das políticas de saúde após a eleição para presidente da república, em início de 2003, quando o Ministério da Saúde passa a ter uma nova gestão. Dentre as prioridades da nova gestão (BRASIL/MS, 2003), foi incluído a construção de uma política nacional de humanização, englobando as iniciativas já existentes e com uma preocupação de que a humanização estivesse voltada para a atenção e para a gestão do SUS, atuando transversalmente em todas as práticas de saúde. A humanização passa a ser pensada de forma mais completa envolvendo não só as unidades hospitalares como toda a rede de saúde e a formações de seus profissionais.

Com a perspectiva, de a humanização ser adotada como uma política em todas as instâncias de atuação no SUS, articulações foram sendo feitas no sentido da formação de uma rede para construção coletiva da política e formulação do documento que servisse de base para implementação da Política Nacional de Humanização (PNH). Entre os vários atores envolvidos com a gestão do SUS, estiveram presentes nessas discussões: técnicos do Ministério da Saúde, representantes dos Grupos de Humanização nas Secretarias Estaduais e, algumas municipais que já possuíam ações de humanização além de representantes de outros segmentos afins, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e a Coordenação de Atenção à Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A intenção era compartilhar as diretrizes apontadas de forma a possibilitar que a PNH atue transversalmente em todos os segmentos que lidam com a produção de saúde.

O produto dessa construção coletiva resultou na definição de um marco teórico de princípios norteadores da PNH; em metas a serem alcançadas; nas estratégias gerais e nas definições para 2003/2004 e diretrizes gerais para implementação, que inclui a proposição de parâmetros para acompanhamento da implementação da PNH em quatro segmentos – Atenção Básica;

Urgência e Emergência, PS, Pas, APHs e outros; Atenção Especializada; e Atenção Hospitalar (BRASIL/MS, 2004).

A amplitude da proposta da política de humanização está no fato de se voltar tanto para a atenção como para a gestão num processo de articulação não apenas das ações, mas da lógica de funcionamento do SUS, consolidando uma rede de saúde que atue de forma universal com equidade e acima de tudo com respeito à vida e ao ser humano.

Esse aspecto da amplitude pode ser observado nos princípios norteadores da política (BRASIL/MS, 2004: 19):

- ✓ Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- ✓ Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- ✓ Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- ✓ Construção de autonomia e protagonismos dos sujeitos e coletivos implicados na rede SUS;
- ✓ Co-responsabilização 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 profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Como se trata de ações que envolvem todas as secretarias do Ministério da Saúde com a política de humanização atuando transversalmente nos seus programas e iniciativas foram definidas quatro metas a serem perseguidas, denominadas de marcas no sentido de consolidar a política de humanização para o SUS. As marcas são:

- 1- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco.
- 2- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.

- 3- As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
- 4- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL/MS, 2004: 23).

Como resultados concretos dessa pactuação entre os vários segmentos que compõem o SUS para a construção da Política de Humanização podemos apontar:

- ✓ Os critérios da Política Nacional de Humanização foram considerados na Programação Pactuada Integrada (PPI) da Política Nacional de Atenção às Urgências da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), sendo também já incluídos nos parâmetros de adesão ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
- ✓ Na Coordenação de Regulação e Avaliação que utiliza o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS antigo PNASH) serão incluídos os critérios da Política de Humanização para os hospitais.
- ✓ Os parâmetros da PNH estão sendo incluídos no Prêmio Fernandes Figueira que objetiva conhecer as experiências de humanização no cuidado com a criança.
- ✓ A PNH está inserida no documento da Política Nacional de Alta Complexidade especialmente no tocante às ações destinadas aos portadores de doenças renais, para as políticas de ortopedia e cardiologia.
- ✓ Nos pólos de educação permanente os preceitos que envolvem a PNH estão sendo incluídos na formação dos profissionais, assim como na avaliação das propostas apresentadas de capacitação em todas as regiões do Brasil.

Essas foram algumas das ações que começam a tornar efetiva a implementação de uma política que tem no seu foco principal a redução de filas, o acolhimento com avaliação de riscos o respeito aos direitos dos usuários e aos profissionais de saúde.

Pensar a humanização com essa transversalidade é um grande desafio que exige dos profissionais que fazem a gestão do SUS uma postura que se expressa na construção coletiva, com co-gestão e com a produção de sujeitos, como está colocado no documento do marco teórico da PNH (BRASIL/MS, 2003: 2) “Como política ela deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde, entre as instâncias que

constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar.”

Quando o Ministério da Saúde abraça para si a condução de uma política de humanização com as características acima apresentadas, passamos a crer que esse poderá vir a ser um caminho para a consolidação do SUS. Muito ainda precisamos avançar, seja na qualidade do atendimento, no controle social na forma de promover à saúde, mas não deixa de ser uma esperança, principalmente, para os seus usuários, profissionais e gestores, cidadãos brasileiros, que muito ainda necessitam aprender para conquistar os seus direitos e lutar por eles de forma pacífica e com consciência de que todos vivemos num processo permanente de aprendizado do nosso papel de atores sociais.

Uma política nesses termos acima citada já é um passo importante, mas, ainda falta muito para consolidarmos o SUS como está preconizado, com integralidade das ações, equidade do atendimento, universalidade da oferta de serviços. Temos muitos problemas, faltam recursos humanos capacitados, melhores condições de trabalho, sem contar as desigualdades regionais, como o norte do país que possui localidades de difícil acesso, temos os grandes centros com os cinturões de pobreza, sem contar que a maioria das redes de saúde estão desestruturadas e com difícil gestão.

Além disso, temos também as questões políticas que priorizam os interesses pessoas ou partidários em detrimento do cidadão-usuário. São muitos os problemas a serem enfrentados, que acreditamos necessitam de mudanças de atitudes, de uma outra postura de todos os atores envolvidos, de uma outra cultura que valorize o ser humano, a saúde em vez da doença e formas de gestão mais compromissadas com os interesses coletivos com formas de gestão mais democráticas e participativas.

Por outro lado, temos também muitas iniciativas promissoras em vários segmentos da saúde pública, pessoas e unidades de saúde que já trabalham na perspectiva de uma gestão diferenciada com valorização dos direitos dos usuários da participação dos profissionais entre outras formas de proporcionar um atendimento digno a todos os cidadãos. A humanização é mais um eixo para valorizar e reforçar essas atitudes no sentido de disseminar uma cultura que

possa estar valorizando não só a atenção ou a gestão separadamente, mas atenção e gestão numa interface constante.

## **6. Considerações Finais**

*“A grandeza do homem é ser ele uma ponte e não uma meta, o que se pode amar no homem é ser ele uma passagem e um termo”. Nietzsche*

O pensamento que abre essas considerações finais se refere à grandeza do homem, *dele ser uma ponte e não uma meta, é ser uma passagem e um termo*. É nesse foco que pretendemos caminhar, acreditando que somos nós os homens que construímos e nos construímos no movimento, em que podemos ser pontes para a transformação ou podemos seguir repetindo. Nesse trabalho, investimos na tentativa de lutar para que as pontes se transformem em passagens para novas idéias, novos desejos.

Analisar a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e suas contribuições para mudança de cultura no Hospital Regional da Asa Sul foi uma tarefa que por circunstâncias adversas, já mencionadas no início desse trabalho, dentre elas a insegurança do GTH sobre a continuidade do programa e a situação crítica da gestão da saúde no Distrito Federal, não se efetivou como gostaríamos, com a profundidade que pudesse devolver ao hospital uma proposta concreta de intervenção que permitisse apontar para ações de continuidade no processo de mudança cultural para o modelo de atenção e de gestão.

Talvez esta tenha sido uma pretensão, mas o desejo não conhece os limites. Entretanto, é preciso e possível reinventar o desejo para que possamos alcançar alguma satisfação, tornando o desejo reinventado tão importante quanto o anterior. Contudo, uma dissertação tem seus limites sempre, dados pelo contexto, pelo pesquisador e seus colaboradores e pelo prazo.

Dessa forma, procuramos completar o estudo com uma leitura dos documentos relativos às ações do PNHAH nacionalmente, com foco nos dados das pesquisas realizadas durante o programa e nos demais relatos, como o mapa das experiências de humanização e das ações desenvolvidas nos hospitais na Paraíba, que permitiram uma visão ampliada do que foi o PNHAH nos hospitais participantes.

Entendemos que mudar cultura não é tarefa fácil e não depende apenas da vontade de quem conduz as mudanças, trata-se de um processo de construção coletiva de criação de novos espaços e formas de atuação que estão diretamente imbricados com o desejo e envolvimento de cada um, na dinâmica da construção de sujeitos.

O PNHAH tinha como meta implantar uma nova cultura no atendimento, mais humanizada. Entendemos que os profissionais envolvidos e aqueles que no decorrer do processo foram se engajando na proposta, muito se empenharam para que tudo desse certo. Porém, nada acontece isolado, principalmente num sistema de saúde da proporção do SUS, com a amplitude de ação e modos de operar que se pretendem equânimes e universais.

A análise dos dados nos leva a crer que vários fatores contribuíram para que o PNHAH não fosse mais efetivo no processo de mudança de cultura. Dentre eles podemos enumerar:

1. A falta de interface do programa com a lógica de funcionamento do SUS, acarretando num distanciamento dos níveis de gestão, seja estadual, municipal ou federal;
2. Falta de integração com outros programas do Ministério da Saúde que estavam na mesma secretaria, resultando em ações deslocadas da agenda proposta para o Ministério da Saúde.
3. Sustentação do PNHAH em programas de humanização do Ministério da Saúde sem acréscimos de resultados e promoção de interface entre eles;
4. A metodologia adotada estava voltada para a mudança de atitude individual, sem tratar da lógica de funcionamento da atenção e da gestão, resultando em ações individuais ou de pequenos grupos, em setores específicos, numa postura mais de voluntariado pessoal do que de transformações institucionais e dos processos de trabalho;
6. Comparado com o número de hospitais que aderiram ao PNHAH (535), foram poucas as experiências que ultrapassaram o entendimento da humanização como a adoção de ações no sentido de colorir ambientes, uso de crachás de identificação, melhorar a recepção com TV e vídeo, fazer festas comemorativas, etc. Não estamos aqui desprezando essas atitudes, porém, isoladas, não reduzem filas, não tornam o atendimento mais qualificado. As pessoas continuam horas nas salas de espera para poder serem atendidas. Continuam indo procurar as urgências e emergências pelas suas urgências muitas vezes sociais, para ter um pouco de atenção. Não podemos nos furtar da responsabilidade com o outro, do respeito aos direitos do cidadão, e da luta por eles – seja usuário, profissional ou gestor –, de provocar esse processo da construção de novas relações, de outras formas de agir com responsabilização e vínculo.

Campos (1998) quando aborda um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde – equipes de referência com apoio especializado matricial –, faz um levantamento dos recursos utilizados para instaurar processos de mudança e de comportamentos como oficinas de planejamento, treinamentos, cursos, grupos de sensibilização, demonstrando que: “esses espaços, em geral, têm caráter transitório e não logram alterar a lógica fundamental de funcionamento das organizações, quer em sua dimensão gerencial, quer em seus aspectos assistenciais. (...) Em geral, a velha ordem administrativa e a antiga organização do processo de trabalho continuam produzindo subjetividade segundo a lógica dominante e não segundo aquela pretendida pelos promotores desses dispositivos”. Campos nos fala da insuficiência desses dispositivos e sugere o investimento também na mudança da estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde.

Os resultados apontados nesse estudo com relação à implantação do PNHAH confirmam as reflexões feitas por Campos, com relação a esses dispositivos que não são capazes de operar grandes mudanças. No PNHAH a estratégia utilizada estava voltada para a formação do GTH e a capacitação de seus integrantes com o objetivo de – “deflagrar um processo de humanização dos serviços, de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura do atendimento à saúde” (BRASIL/MS, 2001: 9). Como já foi comentado durante a avaliação realizada, fica evidente que só capacitar pessoas, sensibilizando para atitudes ‘humanas’, não é suficiente para mudar cultura.

Especificamente no processo de implantação do PNHAH no Hospital Regional da Asa Sul, algumas observações devem ser levadas em consideração:

- O hospital já possuía ações de humanização em curso como o parto humanizado, banco de leite humano, as ações da UTI neonatal e da UTI infantil, o tratamento às mulheres e crianças vítimas de violências, antes da implantação do PNHAH o que corrobora com a suposição de que o programa esteve apoiado nas ações já existentes nos hospitais participantes. Esta observação não invalida a metodologia adotada no PNHAH, mas deixa uma lacuna pelo fato de não ter possibilitado nem a interface entre esses segmentos.
- A formação do GTH/HRAS foi decorrência do programa, assim como a capacitação dos seus integrantes, porém as ações desenvolvidas durante a implantação do PNHAH demonstram que o seu foco estava mais voltado para a divulgação do programa e a



integração dos funcionários por meio de eventos comemorativos como dia do médico, da enfermagem com palestras sobre temas relacionados à humanização e lanches.

- Levantamento sobre a situação física e das condições de trabalho foram realizados sem um olhar atento para os processos de trabalho dentro do hospital. Lembrando que, segundo o relatório do GTH/HRAS, todas as etapas indicadas na metodologia do programa foram realizadas, portanto, demonstra uma falta de preocupação nesse aspecto por parte do PNHAH.
- As ações de humanização dos ambientes são visíveis após o PNHAH (decoreação dos ambientes, mensagens em quadros de aviso, corredores com obras de arte e motivos infantis) tornando os espaços mais agradáveis.
- A falta de um projeto que trate das questões que envolvem a humanização para todo o hospital é um dos pontos relevantes a ser questionado na metodologia adotada. A preocupação em capacitar pessoas para se tornarem mais ‘humanas’ no nosso entendimento não é suficiente para modificar a cultura existente, como estava proposto pelo PNHAH. A responsabilidade pelas mudanças permanece centrada no plano individual, tendo de ser levada adiante pelos profissionais que tenham um maior perfil de ‘doação à causa’, não motivando a participação e o compromisso coletivo nem a co-gestão. Que mecanismos esse grupo pode dispor para evidenciar que as ações a serem implantadas podem melhorar o atendimento, sem ações que visem à mudança nas condições de trabalho, na falta de pessoal, nos processos de trabalho e na relação com a rede de serviço a que o hospital está vinculado?

Para o hospital como um todo, independente das ações do GTH a humanização nos cinco segmentos visitados e avaliados avança pela própria natureza da ação e do empenho das pessoas que estão à frente das coordenações. Esse fato pode ser observado a partir do momento em que o grupo continuou as suas atividades para tornar os ambientes mais humanizados, mesmo após o encerramento do PNHAH, já que os processos de trabalho dos segmentos avaliados, na sua dinâmica já trabalham com questões que envolvem a humanização, como o acolhimento às mulheres e crianças vítimas de violências, o parto humanizado, o aleitamento materno e o banco de leite, assim como o direito ao acompanhamento de crianças e recém-nascidos. Como não foi possível avaliar o atendimento integral realizado pelo hospital, fica difícil detectar o que realmente melhorou após a implantação do PNHAH.

A necessidade de um projeto de humanização que envolva o hospital e sua área de abrangência fica evidente para a continuidade das ações de humanização, partindo do processo de integração já em curso com o trabalho desenvolvido pelo GTH/HRAS. A sugestão é que seja trabalhado o acolhimento com classificação/avaliação de risco para possibilitar a redução de filas. Para isto, é preciso também uma maior integração com a rede básica de saúde e com as outras unidades de saúde pertencentes a sua área de abrangência. Poderá ser proposto um plano integrado de humanização envolvendo toda a capacidade instalada da área de abrangência do HRAS (cinco regiões administrativas e parte do Plano Piloto). Como se trata de um hospital com 349 leitos e referência na área materno-infantil, atendendo uma grande população, inclusive de outros estados do país, o plano de humanização deverá levar também em consideração esse aspecto.

A responsabilização por parte dos profissionais e dos serviços para com os usuários e com a referência territorial deverá ser adotada. Para isto, será necessária uma pactuação com as direções das unidades de saúde (hospitais, unidade mista, centros de saúde, laboratório central, núcleo de inspeção, etc.) e com outras instâncias envolvidas assim como com funcionários num processo de co-gestão. Nesse foco, as ações de promoção da saúde poderão ser adotadas para a população adscrita a área de abrangência do HRAS.

Com relação aos trabalhadores, o plano de humanização deverá envolver a educação permanente, ampliando a prática clínica, o trabalho em equipe, as competências e o desenvolvimento pessoal. As gerências deverão ser capacitadas e estratégias deverão ser adotadas para melhoria do clima organizacional, observando que esses serão alguns dos mecanismos a serem incorporados no processo de mudança, não sendo, portanto suficientes, sendo necessárias intervenções tanto na lógica da gestão como da atenção.

Sabemos que todas essas ações dependem da vontade das pessoas em mudar o estabelecido, processo que nem sempre é fácil. Mudar atitudes, construir uma nova cultura requer acima de tudo a motivação para que gestores, trabalhadores e usuários se sintam sujeitos do processo. Outro fator relevante são as questões políticas (macro e micro) que podem favorecer ou não a tomada de decisões por parte dos gestores.

Entendemos que para mudar uma cultura, primeiro é preciso tocar os que dela fazem parte. As questões diárias deverão ser debatidas e questionadas em grupo, sair da posição estática – “é

assim mesmo, não tem jeito” e querer mudar, querer fazer algo para sair da situação de inércia. A gestão participativa é um caminho que pode levar a mudanças. Uma gestão centrada no trabalho em equipe e na construção coletiva por meio da formação de colegiados gestores, pode ser uma opção para a mudança de cultura.

No manual de gestão do Hospital Mário Gatti – “Democratização: um dos eixos do SUS” (2002:1), a gestão participativa é vivenciada com resultados positivos. O processo de participação e controle social se dá por meio dos conselhos gestores tripartites (trabalhadores de saúde, gestores e usuários) e paritários (50% usuários, 25% gestores e 25% de trabalhadores) e define: “O arranjo organizacional e a gestão do sistema devem garantir espaços e momentos de interação entre trabalhadores, gestores e usuários, para ajuste de expectativas, através da livre comunicação, onde várias razões possam ser analisadas e pactuadas”.

Uma forma de operar na gestão participativa dentro do hospital é a descentralização horizontalizada com comando único por unidade de trabalho. As demandas do hospital devem ser apresentadas aos colegiados e discutidas, avaliadas e pactuadas. Um outro ponto importante apresentado no manual de gestão do Hospital Mário Gatti (2002:3) está relacionado ao planejamento e avaliação. Planeja quem faz, tanto o planejamento como a avaliação estão incorporados aos processos cotidianos da gestão dos serviços com participação dos trabalhadores no círculo da co-gestão. A estrutura de gestão está dividida em três níveis de decisão: colegiado da unidade de produção, colegiado gestor do hospital e conselho local de saúde. Duas são as instâncias executivas: diretoria executiva e gerências das unidades de produção.

A intenção em apresentar aspectos já em execução da gestão participativa tem como finalidade apontar um caminho que se apresenta viável, tendo em vista as experiências em curso no SUS, algumas citadas no decorrer desse trabalho. Acreditamos que a democracia institucional se torna cada vez mais urgente dentro das unidades de saúde, especialmente nos hospitais que ainda possuem estruturas burocráticas bastante rígidas. Para isso, a educação permanente para formação de uma cultura gerencial que utilize a escuta como estratégia de ação é urgente para tornar mais humano o ambiente hospitalar.

Sabemos que não depende só do papel a ser desempenhado pelos gerentes, todos precisam estar comprometidos na melhoria da qualidade do atendimento prestado pelo hospital. As práticas dos profissionais devem ser revistas e deve ser buscado um novo tipo de relacionamento com a valorização do trabalho em equipe e de novas formas de cuidar da saúde, mudando a lógica da assistência para uma clínica ampliada com práticas de atenção integral à saúde, que possibilite a responsabilização do profissional e o vínculo estreito entre esse e os usuários do sistema. Parece-nos evidente que a produção de mudanças, que as pontes transformadoras são facilitadoras quando se atrelam as formas de atenção e de gestão.

A partir da avaliação realizada nesse estudo, gostaríamos que ele fosse não apenas uma crítica aos processos adotados pelo PNHAH, mas, funcionasse como uma ponte para a mudança de cultura mais humanizada, tendo como sugestão a utilização de uma gestão participativa e de novos processos de trabalho com a valorização do trabalho em equipe que visem a responsabilização por parte dos profissionais, para uma mudança de atitude concreta que possa melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Para a avaliação e reorganização dos processos de mudança de cultura, sugerimos a *démarche stratégique* como estratégia para integração dos hospitais à rede de saúde com a valorização dos pontos fortes e dos pontos facilitadores dos procedimentos e atitudes, de forma mais completa, com a participação das equipes de saúde, da direção das unidades e dos gestores. Entendendo a humanização como uma mudança de atitude levando em consideração as necessidades da reorganização da rede, da adoção de procedimentos que levem a posturas de trabalho e organização dos serviços com respeito e dignidade para todos os cidadãos, seja o profissional, usuários ou gestores do sistema.

Acreditamos e lutamos para que o SUS possa, cada vez mais, cumprir o seu papel de promover um atendimento com integralidade, universalidade e equidade. Para isso, temos avançado no controle social, na abrangência das ações e na introdução de novas tecnologias em todos os campos de atuação. Precisamos nos voltar para uma reorganização do próprio sistema buscando outras formas de gestão e de atenção, que sejam mais resolutivas, que reduzam filas, que possibilitem o acesso de todos, que traga melhores condições de trabalho para os profissionais da saúde, que valorize a vida em todos os seus aspectos com respeito e dignidade, sem discriminação.

Esses são aspectos que sabemos não dependem apenas das mudanças no setor saúde e sim de toda a sociedade. Depende de uma melhor distribuição de renda, de melhores condições de vida, de educação de trabalho e moradia digna. Mas, com os avanços conseguidos na Constituição de 1988 com relação à saúde que servem de exemplos para outros segmentos da sociedade, precisamos avançar no processo democráticos de gestão do setor saúde que possibilitem uma sociedade mais justa para todos.

Finalizando, entendemos que a mudança de cultura é um processo amplo e demorado que pode trazer benefícios para muitos, mas que não acontece sem uma construção coletiva com formas de gestão participativa, com o trabalho em grupo e principalmente, com o desejo de cada um em mudar sua vida e a do outro em benefício individual e do coletivo, só assim poderemos ser passagens para novos caminhos.

## **7. Referências Bibliográficas**

ARTMANN, E. E Rivera, FJR, *A démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação regional da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. The hospital strategic management: one regional coordination mean of hospital based on opportunity costs and solidarity. In: Economia e Gestão da Política de Saúde (Health Policy Economics and Management). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol 8 número 2 Abrasco, Rio de Janeiro.

ARTMANN, E. 2002a. **Démarche Stratégique (Gestão Estratégica Hospitalar) : um enfoque que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede**. São Paulo, 267f. Tese de Doutorado apresentada a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) para obtenção do grau de doutor em Saúde Pública.

\_\_\_\_\_,. In: Minayo, M. C. de S. (Org). **Enfoque da Démarche Stratégique na Gestão Hospitalar**. In. Caminhos do Pensamento: epistemologia e método, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.

**A HUMANIZAÇÃO da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS**. In: SEMINÁRIO DIRETRIZES SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE. Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, 2003. (mimeo)

BENEVIDES DE BARROS, R.. **Saúde: um direito de todos e dever do estado: A saúde que temos, o SUS que queremos**. Palestra de abertura da V conferência Municipal de Chapecó. Chapecó, Setembro/ 2003,(mimeo)

BOFF, L.. **O Nascimento de uma ética planetária**. In: \_\_\_\_\_. Do Iceberg à Arca de Noé. [S.l.] : Garamond, 2002a. Disponível em <<http://www.triplov.com/boff/etica.html>> acesso em: 10 maio 2003.

\_\_\_\_\_. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 8ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado.** Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. (Série Histórica do CNS; n.2, Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil: 1998-2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 169 (Série G. Estatística e Informação em Saúde) – encarte que completa o texto a partir da página 169.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil: 1998-2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência à Saúde.** 2ª edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS – Relatório da Oficina Nacional – HumanizaSUS.** Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Mimeo.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Hospital Municipal Mário Gatti. **Projeto Paidéia de Humanização da Assistência e da Gestão no Hospital “Dr. Mário Gatti”.** Campinas, 2003. (mimeo)

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Hospital Regional da Asa Sul. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH: relatório do Grupo de Trabalho de Humanização.** Brasília: 2002. (mimeo)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH: pesquisa de satisfação do usuário e dos profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. (mimeo)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH: pesquisa de satisfação do usuário e dos profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (mimeo)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH: pesquisa de satisfação do usuário e dos profissionais de saúde. Relatório Final.** Vol. VIII. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (mimeo)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **CADERNOS da Nona:**

descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília : [ Ministério da Saúde], 1992. v . 2

CAMPOS, G. W. S. **Diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e de atenção à saúde: o papel do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (mimeo)

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo, Editora Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas - o caso saúde**. In Cecílio, L. C. de O. (Org) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. In. *Agir em Saúde*. E. E. Merhy & R. Onocko. [Org.]. São Paulo. Hucitec, 1998.

CECILIO, L.C. de O.. Mbudar Modelo de Gestão para Mudar o Hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Espaço para a Saúde**, revista do Núcleo de Estudos em Saúde coletiva (NESCO), UEL, UEM, UEPG, Paraná, v. 1, n. 1, junho/2000.

CASTRO, A. M. de.. **A Equipe como Dispositivo de Produção de Saúde: o caso do Núcleo de atenção ao idoso (NAI/UnATI/UERJ)**. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, 2003.

FREITAS, C. B. D. de; HOSSNE, W. S.. O papel dos Comitês de Ética em Pesquisa na proteção do ser humano. **Bioética**: revista de bioética e ética médica, Brasília, v. 10, n. 2, p.131, 2002.

FREIRE, Paulo. **Ação Cultural para a Liberdade**: e outros escritos. 8<sup>a</sup> ed. *Algumas notas sobre Humanização e suas implicações Pedagógicas – Genebra, 1970*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LIMA, C.M. de; ROCHA, D. G.. Modelos de Atenção Desejáveis: subsídios para a construção de uma agenda da saúde. In: **Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**: modelo de atenção e formulação de políticas: uma abordagem de conteúdos: curso de especialização em gestão de sistemas de serviços de saúde em Goiás. Brasília : Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. v.6.

MARTINS, M. C. F. N.. **Humanização na Saúde**. Disponível em: <[http://2.ceidigital.com.br/humanizab/sala\\_leitura2.php?id=16](http://2.ceidigital.com.br/humanizab/sala_leitura2.php?id=16)>. Acesso em: 7/1/2003.

MATTOS. R. A. de.. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Org. Pinheiro. R. e Mattos. R. de.. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001.

MERHY, E. E. ; CECILIO. L. de O.; NOGUEIRA, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuições para as Conferências de Saúde. In **Cadernos da Nona**: descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília : [ Ministério da Saúde], 1992. v.1.

MOTTA, F.P.C. & Caldas, M. (org). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997.

NUNES, T. C. M. Recursos humanos em saúde e a municipalização: um novo ciclo da descentralização? In: **Cadernos da Nona**: descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília : [Ministério da Saúde], 1992. v.2.

OLIVEIRA, R. da C.. **Assistência Hospitalar pública em Betim: mais um passo em defesa da vida**. In MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Org.).Agir em Saúde: um desafio para o público. Editora Hucitec, São Paulo, 1997.

PESSINI. L., PEREIRA. L. L, e et al.. Humanização em Saúde: o resgate do ser com competência científica. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, a. 27 v. 27 n. 2 abr./jun. 2003.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jul./set. 1996.

GOULART, Flávio A. de A.. Esculpindo o SUS a golpes de portaria...- considerações sobre o processo de formulação das NOBs. In: **Ciência & Saúde Coletiva** : a política de saúde no Brasil nos anos 90 . Rio de Janeiro. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. v. 6, n. 2. 2001.

ROLLO, A.A.**É Possível Construir Novas Práticas Assistenciais no Hospital Público?** In MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Org.).Agir em Saúde: um desafio para o público. Editora Hucitec, São Paulo, 1997.

SANTOS, N.R. Formação ético-humanista do médico e a construção de serviços de saúde humanizados: coincidência ou coerência? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, 2001.



**ANEXO I**  
**QUADRO DEMONSTRATIVO DAS AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NOS ESTADOS**  
**COM BASE NO RELATÓRIO DO PNHAH**

Região	Estados	Municípios	Número de Hospitais	Total de GTHs	Média de profissionais capacitados	Iniciativas de humanização	Data/período Início das atividades no estado
<b>NORTE</b>							
<b>47 hospitais</b>	Amazonas	Manaus Parintins Tefé	10	10	97	Humanização de UTI; humanização do parto; visita diária de Mult/Profissional; cursos; pesquisa de opinião e brinquedoteca.	1998 a 2002
	Pará	Belém Bragança Cametá Araguaia Marituba Salinópolis Santa Maria do Pará Santarém Tucuruí	18	8			
	Roraima	Boa Vista Pacaraima	4	3			
	Amapá	Macapá	3	5			2001
	Acre	Rio Branco Cruzeiro do Sul	4	2			2002
	Rondônia	Porto Velho Ji-Paraná Rolim Moura Pimeta Bueno	4	1			
	Tocantins	Palmas Araguaçu Araguaína	4	4			

Região	Estados	Municípios	Número de Hospitais	Total de GTHs	Média de profissionais capacitados	Iniciativas de humanização	Data/período Início das atividades no estado
<b>NORDESTE I</b>							
<b>56 hospitais</b>	Maranhão	São Luis Codó Viana Itapecuru Mirim Timon Caxias Imperatriz	15	16	74	Ouvidoria, coral, local para abrigar motorista da ambulância de plantão, rodízio dos enfermeiros, marcação de consultas, reforma de salas de espera, jornalzinho, caixa de sugestões, espaço de leitura, espaço para atividade lúdica, mãe acompanhante, escolarização servidores, anjos da guarda servidores, acolhimento DST/Aids , mão Canguru, bem viver – esclarecimento sobre direitos após o nascimento e Médico da Alegria.	
	Piauí	Teresina Paranaíba São João do Piauí Floriano	8	8			
	Ceará	Fortaleza Barbalha Baturité Canindé Cascavel Caucaia Crato Iguatu Itapipoca Juazeiro do Norte Limoeiro do Norte Maracanaú Quixadá Quixeramobim Sobral	24	17			1995 e 2002
	Rio G. Norte	Natal Caicó Mossoró	9	9			

Região	Estados	Municípios	Número de Hospitais	Total de GTHs	Média de profissionais capacitados	Iniciativas de humanização	Data/período Início das atividades no estado
--------	---------	------------	---------------------	---------------	------------------------------------	----------------------------	--

<b>NORDESTE</b>							
<b>II</b>							
<b>96 hospitais</b>	Paraíba	João Pessoa Campina Grande Patos Guarabira Souza	13	14	66	Posso ajudar?, Brinquedoteca e Médico da Alegria.	
	Pernambuco	Recife Petrolina Paulista Cabo Sto. Agostinho Olinda Jaboatão Garanhuns Caruaru	23	19			
	Alagoas	Maceió Murici Palmeira dos Índios Arapiraca Penedo	11	6			2002
	Sergipe	Aracajú Lagarto Instância Itabaiana	8	8			
	Bahia	Salvador Barreiras Cachoiera Camaçari Feira de Santana Ihéus Itabuna Jequié Vitoria da Conquista	35	19			1993 e 2002

Região	Estados	Municípios	Número de Hospitais	Total de GTHs	Média de profissionais capacitados	Iniciativas de humanização	Data/período Início das atividades
<b>CENTRO-OESTE</b>							
<b>116 hospitais</b>	Mato-Grosso	Cuibá Rondonópolis Alta Floresta Várzea Grande	10	11	103	Humanização de UTI; hora marcada e todos atendidos; ouvidoria; pesquisa; oficinas de Arte; brinquedoteca; jogos durante a hemodiálise; banco de leite; nome na cama do paciente; vídeo filme; recuperação de móveis; controle ruídos; visita domiciliar; treinamento das chefias; sala da amizade p/ familiares; acolhimento; apoio familiar e; administração simplificada de medicamentos.	
	Goiás	Goiânia Anápolis Aparecida de GO Ceres	15	6			
	Distrito Federal	Brasília	16	10			
	Mato G. do Sul	Campo Grande Corumbá Dourados Parnaíba Três Lagoas	6	10			
	Minas Gerais	Belo Horizonte Ouro Preto Betim Contagem Vila Rica Itumbiara Diamantina João Molevade Juiz de Fora Patos de Minas São João Del Rei Uberlândia Uberaba Teófilo Otoni Sete Lagoas Alfenas Barbacena	69	40			

Região	Estados	Municípios	Número de Hospitais	Total de GTHs	Média de profissionais capacitados	Iniciativas de humanização	Data/período Início das atividades
<b>SUDESTE I</b>							
64 hospitais	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro Niterói Angra dos Reis Cabo Frio Campos Duque de Caxias Itaboraí Macaé Nova Friburgo Nova Iguaçu Petrópolis Resende S. João de Meriti Três Rios Valença Volta Redonda	55	29	118	Melhoria das instalações; Saúde Brincar; Biblioteca Viva; Artesanato; Assistência domiciliar; Família CTI; Treinamento porteiro; Banco de Leite; Acupuntura; Mulher cidadã; Bazar; Fortalecimento de lideranças; Contar histórias e; Conselho Gestor.	
	Espírito Santo	Vitória Cachoeiro do Itapemirim Colatina São Mateus Cariacica	9	11			
<b>SUDESTE II e SUDESTE III (SP cap. Inte. Lit)</b>							
92 hospitais	São Paulo	São Paulo Santos Vinhedo Limeira Campinas Franca S. José do R. Preto Marília Botucatu Itapeverica da Serra	92	15	91	Projeto Tear; Brinquedoteca; Parto Eutócico; Mãe Canguru; Doulas; Acompanhamento escolar; Pesquisa de opinião; Cartão de identificação no berço;	

Total 535 hospitais – Fonte – Relatório Comitê Nacional de Humanização do PNHAH junho/2003

Região	Estados	Municípios	Número de Hospitais	Total de GTHs	Média de profissionais capacitados	Iniciativas de humanização	Data/período Início das atividades
<b>SUL</b>							
<b>64 hospitais</b>	Paraná	Curitiba Londrina Chapecó Santa Rosa Apucarana Arapongas Cornélio Procópio Foz do Iguaçu Ponta Grossa União da Vitória Iratí Maringá	18	21	153	Família participante; Criação de grupos; Sala de espera TV; Arte terapia; e Acolhimento familiar.	
	Rio Grande do Sul	Porto Alegre Caxias do Sul Torres Erechim Lajedo Passo Fundo Pelotas Rio Grande Santa Maria Santo Ângelo	28	20			
	Santa Catarina	Florianópolis Ibirama Joinville Jaraguá do Sul São José Tubarão	18	11			

## ANEXO II

### Glossário

**Acolhimento:** Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

**Avaliação de Risco (classificação de Risco):** Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso.

**Clínica ampliada:** Trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

**Colegiado gestor:** Em um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

**Controle Social:** Participação popular na fiscalização e controle das ações, no respectivo nível de governo, destacando-se, na área da saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde.

**Educação Permanente:** Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

**Equidade:** No vocabulário do SUS, diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a idéia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos. Para que se possa exercer a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade.

**Equipe de referência/equipe multiprofissional:** Grupo multiprofissional, caracterizado pelo objetivo de cada serviço de saúde, tendo uma clientela sob sua responsabilidade. Está inserida, num sentido vertical, em uma matriz organizacional (conf. Matriz Organizacional). Em hospitais, por exemplo, a clientela internada tem sua equipe básica de referência, e especialistas e outros profissionais organizam uma rede de serviços matriciais de apoio (conf. Apoio matricial) às equipes de referência. As equipes de referência ao invés de serem um espaço episódico de integração horizontal passam a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde.

**Grupalidade:** Experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza (conf. Produção de saúde/produção de subjetividade).

**Gestão participativa:** Construção de espaços coletivos em que se dão a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde.

**Grupo de Trabalho de Humanização (GTH):** Espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde. É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada equipamento de saúde, (nas SES e nas SMS).

**Humanização/Política Nacional de Humanização (PNH):** No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de com responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

**Igualdade:** Segundo os preceitos do SUS e conforme o texto da Constituição brasileira, o acesso às ações e serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de universal, deve basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

**Integralidade:** Um dos princípios constitucionais do SUS, garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença.

**Intersetorialidade:** Integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Se os determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social), num primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), num segundo. A escolha do prefixo inter e não do trans é efetuada em respeito à autonomia administrativa e política dos setores públicos em articulação.

**Ouvidoria:** Serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais.

**Política transversal:** Conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações construídas intersticial e coletivamente nas diversas práticas e instâncias de efetuação. O caráter transversal da PNH (conf. Humanização) expressa o modo como determinados princípios ou diretrizes, objetivos e estratégias de humanização do SUS visam atravessar diferentes níveis de governo, práticas de atenção e gestão, programas e serviços.

**Produção de saúde e produção de subjetividade:** Em uma democracia institucional, diz respeito à constituição de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde.



Neste sentido, a produção das condições de uma vida saudável não pode ser pensada sem a implicação, neste processo, de sujeitos.

**Projeto de saúde:** Construção de um plano de ação assentado na avaliação das condições bio-psico-sociais do usuário do serviço de saúde. Esta construção deve incluir a co-responsabilidade de usuário, gestor e trabalhador de saúde, considerando a intersetorialidade (conf. Intersetorialidade), a rede social de que o usuário faz parte (conf. Rede psicossocial), o vínculo usuário-equipamento de saúde (conf. Vínculo) e a avaliação de risco (conf. Avaliação de risco).

**Protagonismo:** É a idéia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupa lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde (conf. Produção de saúde e produção de subjetividade), diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde.

**Sujeito/subjetividade:** Identidade pessoal resultado de um processo de produção de subjetividade (conf. Produção de saúde e produção de subjetividade) 52 sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores: familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, etc.

**Transversalidade:** Nas experiências coletivas ou de grupalidade (conf. Grupalidade), diz respeito à possibilidade de conexão/confronto com outros grupos, inclusive no interior do próprio grupo, indicando um grau de abertura à alteridade e, portanto, o fomento de processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades. Em um serviço de saúde, pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo e entre os diferentes grupos. A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissorreceptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade (conf. Produção de saúde/produção de subjetividade).

**Universalidade:** A Constituição brasileira institui o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento para determinar a dimensão do dever estatal no campo da saúde, de sorte a compreender o atendimento a brasileiros e a estrangeiros que estejam no país, aos nascituros e aos nascidos, crianças, jovens e velhos. A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao sistema único de saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos e também às populações isoladas geopoliticamente, os ribeirinhos, os indígenas, as minorias, os prisioneiros, os excluídos sociais. Os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo equitativo (conf. Equidade) e integral (conf. Integralidade).

**Usuário, Cliente, Paciente:** Cliente é palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a idéia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde, paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. Usuário, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema.

**Vínculo:** Na rede psicossocial (conf. Rede psicossocial), compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

**Visita Aberta:** É o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.

(BRASIL/MS 2004: 41-55)

*Os termos acima citados foram retirados do Glossário HumanizaSUS e trata-se de uma síntese revisada das diferentes*

*contribuições:* Adail Rollo, Adriana Miranda de Castro, Altair Massaro, Bernadeth Peres Sampaio, Eduardo Passos, Geraldo Sales, Gilberto Scarazati, José Jacson, Maria Eunice Campos Marinho, Rosana Onocko, Stella Chebli, além da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/MS) e SEGETES.