

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE GERÊNCIA EM SAÚDE

AMBIÊNCIA: Humanização na Gestão nos Serviços de Saúde

Laura Queiroz dos Anjos

Rio de Janeiro

2016

Laura Queiroz dos Anjos

AMBIÊNCIA: Humanização na Gestão nos Serviços de Saúde

Monografia apresentada à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio como requisito para aprovação no
Curso Técnico de Nível Médio Integrado em Gerência
de Saúde.

Orientadora: MSc. Katia Butter Leão de Freitas

Co-orientador: MSc. Irai Borges de Freitas

Rio de Janeiro

2016

Dedico esse trabalho aos meus pais Maria Augusta e José Carlos, especialmente pelos acontecimentos marcantes de 2015 terem me inspirado a falar sobre o tema ambiência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois iluminou meu caminho e me deu forças para continuar mesmo nos momentos mais difíceis.

Agradeço a minha orientadora Katia Butter Leão de Freitas, pois me ajudou durante essa pesquisa e foi uma pessoa sempre receptiva até nas ideias mais mirabolantes.

Agradeço ao meu co-orientador Iraí Borges de Freitas que me auxiliou com a minha base de revisão bibliográfica.

Agradeço a banca avaliadora Sarita de Oliveira Ferreira Lopes e Paulo Ribeiro de Azevedo por terem feitos sugestões que auxiliaram a tornar esse trabalho melhor.

Agradeço aos meus pais Maria Augusta Queiroz Pinheiro e José Carlos Ferreira, pois me deram apoio mesmo quando pensava que não dava mais para escrever.

Agradeço ao meu namorado Matheus Alves Conceição que sempre esteve disposto a ler e a sugerir coisas novas para a pesquisa.

Agradeço ao meu amigo Yago Romero Pinheiro Fernandes que me ajudou a estar sempre de bom humor.

Agradeço a professora de informática Ivone Maria da Silva que me ajudou na parte de formatação da monografia.

Agradeço a disponibilidade dos professores Tereza Cristina Ramos Paiva e Marcello de Moura Coutinho por me emprestarem livros e me ajudarem a retomar temas que já havia visto há algum tempo.

“É o grau de comprometimento que determina o
sucesso, não o número de seguidores.”

J.K. Rowling

RESUMO

No Brasil, o tema ambiência é destacado pelo Ministério da Saúde sendo fundamental na humanização na saúde. O presente estudo apresenta uma metodologia com abordagem qualitativa, tendo sido realizada revisão bibliográfica que aborda os temas ambiência, humanização, cuidado em saúde e gestão. Tem como objetivo possibilitar uma reflexão sobre a ambiência nos ambientes de saúde; descreve como os elementos humanizadores podem atuar sobre o ambiente e os usuários, assim como demonstra aos gestores de saúde a relação da ambiência com a gestão. Concluiu que a ambiência é uma ferramenta potencializadora na humanização dos serviços de saúde; os diversos elementos humanizadores devem ser considerados quando for implementada a ambiência e a humanização, pois o cuidar em saúde ultrapassa o cumprimento de legislações existentes para realizar a gestão em saúde e que a Metodologia de Roda é possibilitadora de reconhecimento das experiências únicas dos trabalhadores e da ação ativa dos trabalhadores.

Palavras-chaves: Ambiência. Humanização. Gestão.

ABSTRACT

In Brazil, the ambience theme is highlighted by the Ministry of Health being fundamental in humanization in health. The present study presents a methodology with a qualitative approach, having been carried out a bibliographical review that addresses ambience, humanization, health care and management. It aims to enable reflection on the environment in health settings. It describes how the humanizing elements can act in the environment and the users, as well as demonstrate to the health managers the relation of the ambience with the management. Ambience is a potential tool in the humanization of health services. The various humanizing elements should be considered when the ambience and humanization are implemented, since health care goes beyond compliance with existing legislation to carry out health management. The Wheel Methodology is an enabling mechanism for the recognition of the workers' unique experiences and enables the active action of the workers.

Keywords: Ambience. Humanization. Management.

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO.....	08
II HUMANIZAÇÃO E AMBIÊNCIA NOS AMBIENTES DE SAÚDE.....	10
III ELEMENTOS HUMANIZADORES DA AMBIÊNCIA.....	14
III.I O Cuidado em Saúde	23
IV COMPREENDENDO A GESTÃO.....	26
V CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

I INTRODUÇÃO

O tema ambiência me foi apresentado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e me despertando interesse a partir de uma experiência pessoal que durante visitas em um hospital pude observar como o ambiente pode influenciar nas pessoas por meio de elementos utilizados nos espaços, tais como a iluminação e as cores que me provocaram uma sensação acolhedora e segura.

A ambiência de acordo com o Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2010a), é uma tecnologia de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde. Já a humanização é um eixo das práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, que também faz parte das práticas da saúde privada. Ela pode ser entendida como uma forma de valorização de todos os sujeitos participantes no processo de produção de saúde, por meio de participação ativa dos mesmos, ou seja, num processo coletivo e democrático (BRASIL, 2003).

Portanto, o movimento pela humanização pode possibilitar o reconhecimento do ser humano como sujeito fundamental no processo de gestão nos diferentes campos, destacando neste estudo, o ambiente físico para a produção dos serviços, mas também para contribuir na recuperação do paciente e na saúde e bem estar dos trabalhadores.

O presente trabalho tem como objeto a ambiência na saúde. Apresenta como objetivo geral possibilitar uma reflexão sobre o papel da ambiência nos ambientes de saúde. Também apresenta os seguintes objetivos específicos: descrever como os elementos humanizadores atuam sobre o ambiente e usuários, assim como demonstrar aos gestores de saúde a relação da ambiência com a gestão.

A relevância deste tema se justifica quando no Brasil, os temas humanização e ambiência são destacados pelo Ministério da Saúde que disponibiliza em versão digital cartilhas tais como a ‘Política Nacional de Humanização’ (PNH) e a ‘Ambiência’. Ainda se observa existir uma lacuna no conhecimento científico ao se realizar buscas nas bases de dados das bibliotecas eletrônicas LILACS e SCIELO, utilizando-se o descritor ambiência. Ressalta-se, portanto, desenvolver pesquisas com este enfoque que possibilite contribuir com a gestão dos espaços físicos de saúde.

A metodologia do presente estudo traz uma abordagem qualitativa, ou seja, busca a compreensão de subjetividades presentes no âmbito da saúde (MINAYO, 2004). Utiliza-se

a revisão da literatura por meio da busca nas bases científicas, além de livros que abordem os temas sobre a ambiência, humanização, cuidado em saúde e gestão.

O primeiro capítulo apresenta uma contextualização histórica da humanização nos ambientes de saúde.

O segundo capítulo traz a compreensão da ambiência e seus elementos humanizadores, apontados pelo Ministério da Saúde, por meio da cartilha ‘Ambiência’ (BRASIL, 2010a).

No terceiro capítulo é abordado o conceito, o objetivo e o papel da gestão nos ambientes de saúde.

II HUMANIZAÇÃO E AMBIÊNCIA NOS AMBIENTES DE SAÚDE

Para melhor compreensão das mudanças dos ambientes de saúde relacionadas à humanização ao longo dos anos, destaca-se inicialmente a origem da palavra hospital que vem do latim *hospitalis*, derivada de *hospe* e que significa hóspede, viajante ou similar (GÓES, 2004).

Já a palavra humanização pode ter diferentes significados dependendo do contexto a qual ela está sendo aplicada. Quando utilizada cotidianamente ela pode ter o sentido de ato ou efeito de humanizar (-se), de tornar (-se) benévolo ou mais sociável e quando está atrelada ao campo da saúde “[...]‘humanização’ diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si.” (PEREIRA; BARROS, 2009, [s.p]).

Para o Ministério da Saúde a humanização valoriza os sujeitos que fazem parte no processo de produção da saúde. Tem como fio condutor os sujeitos considerando sua autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, vínculos solidários e a participação ativa do coletivo nas práticas de saúde (BRASIL, 2009).

O processo de produção da saúde diz respeito a

[...] articulação de dois componentes estratégicos: 1) a organização de políticas públicas que distribuam renda, direta e indiretamente, por meio do desenvolvimento sustentável; 2) a garantia de acesso a serviços e ações integrais. Ações integrais correspondem à combinação e à articulação entre medidas de promoção e prevenção com as de cura-reabilitação. A sinergia entre essas ações deve resultar na oferta de práticas de saúde resolutivas e de qualidade aos cidadãos e à sociedade (BRASIL, 2010b, p.11)

Historicamente a humanização surge a partir da necessidade de haver uma relação mais harmônica e humana entre sujeitos de variadas crenças, gostos, culturas, contribuindo para que as pessoas se relacionassem melhor com as suas diferenças. Nos dias atuais a humanização é utilizada na saúde, para buscar “[...] uma relação empática e participativa” (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004, [s.p]).

Até o início do século XIX os hospitais eram evidenciados com receios, pois “[...] eram escuros, sombrios e sem ventilação. Os pacientes eram acomodados em camas cujos lençóis, em geral, não haviam sido trocados após a alta [...]” (COUTEUR E BURRESON,

2006, p. 89). Portanto, a falta de salubridade muito contribuía com que as pessoas o temessem.

Na guerra da Criméia, um conflito entre Rússia, a atual Turquia, Grã-Bretanha e França, que ocorreu no meado do século XIX, o olhar humanizado para os ambientes foi destacado por Florence Nightingale, chefe de enfermagem do hospital do exército de Scutari, na Turquia. Ela foi pioneira não só no tratamento de seus pacientes, mas também porque desenvolveu um relevante trabalho para a melhoria da ambiência nos hospitais, ao fazer com que os adoentados ficassem em leitos separados e utilizar a ventilação cruzada, com a colocação de janelas em cada lado das paredes da enfermaria, possibilitando a circulação do ar exterior e entrada da iluminação natural. Favoreceu que houvesse mais higiene e cuidado com os enfermos, e conseqüentemente a melhoria do processo de trabalho e recuperação. Além de possibilitar uma melhora na relação médico-paciente.

Segundo Foucault (2008, p. 102) “A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista.”, pois os médicos dessa época eram submetidos a “[...] uma iniciação assegurada pela própria corporação dos médicos que compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou publicas. A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico”. Portanto, o conhecimento medicinal não era de formação, mas uma coisa que era aprendida por meio da transmissão dos conhecimentos, a partir da prática. A maior parte dos tratamentos feitos durante esse período não tinha a salubridade e os conhecimentos necessários sobre doenças graves e infecções, que eram o maior motivo de mortes da população desses séculos.

Ao longo dos anos algumas descobertas contribuíram na melhoria do tratamento de pacientes e para que o hospital perdesse a visão de morte que até então era característica. Louis Pasteur, em 1864, descobriu que as doenças infecciosas se transmitem pelo ar; Joseph Lister, médico-cirurgião inglês, passou a utilizar o ácido carbólico que tempos depois teve sua molécula principal isolada e descobriu-se que era fenol, substância que tem um alto poder antisséptico, porém que agride a saúde de quem o utiliza.

A relação médico-paciente é apontada por Deslandes (2006) como uma coisa histórica e que há uma necessidade de humanização, pois

Suas nuances marcaram, entretanto, a historicidade não só dos argumentos e sentidos envolvidos, das tradições teóricas, mas das relações hierárquicas, estruturas de modelos de comportamento em que se inserem os personagens mais

constantemente invocados neste campo: profissionais e pacientes (DESLANDES, 2006, p. 33).

No Brasil, o Ministério da Saúde a partir de 2003 passa a compreender que a humanização está diretamente relacionada com a gestão e para auxiliar os gestores criou algumas cartilhas as quais abordam diferentes temas ligados à saúde. Dentre essas a ‘Política Nacional de Humanização (PNH)’ e a ‘Ambiência’ que apresentam como função principal multiplicar “[...] as tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde” (BRASIL, 2010a p. 4). As cartilhas são “[...] ferramentas e dispositivos para consolidar redes vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores”. (Ibid., p. 3).

A cartilha PNH “[...] busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.” (BRASIL, 2003, p. 3). Demonstra como o plano da humanização se constitui, a partir de coletivos onde serão tratados assuntos relacionados à saúde da localidade. Segundo a PNH (2003) a humanização foi criada para que não houvesse inibição da autonomia tanto dos trabalhadores quanto dos usuários dos serviços de saúde, pois muitas vezes podem sentir-se desconfortáveis pelo nível de estresse, complexidade e relações de poder que existem dentro de um ambiente de saúde. A humanização se fundamenta em “troca e construção de saberes; diálogo entre os profissionais; trabalho em equipe; consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde.” (Ibid, p.10).

Em 2004, foi publicada a primeira edição da cartilha Ambiência, objetivando ajudar aos gestores e usuários no que é necessário para que haja maior harmonia e acolhimento nos ambientes de saúde.

A cartilha Ambiência apresenta uma função de cuidado e atenção no âmbito espacial do ambiente de saúde. Segundo o MS, a ambiência é necessária, pois ela é uma ferramenta humanizadora que “[...] refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010a, p.5).

A cartilha ambiência apresenta três eixos: a confortabilidade, o encontro de sujeitos possibilitando a produção de subjetividades e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

O eixo da confortabilidade valoriza os elementos do espaço físico que poderão contribuir para o local ser acolhedor e estimulante na percepção do ambiente e de seus componentes. Para que o lugar tenha um tratamento adequado são utilizados 10 elementos humanizadores, este eixo será melhor desenvolvido no próximo capítulo.

Segundo a cartilha *Ambiência* o segundo eixo se refere ao **espaço como local de encontro entre sujeitos**, onde “A construção do espaço deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão, na perspectiva da equidade.” (BRASIL, 2010a, p.12). Portanto, subentende-se que o espaço físico é o local onde ocorre a interação entre sujeitos e que mesmo com as suas diferentes subjetividades são capazes de se relacionar e interagir nos diversos aspectos relacionados ao processo de trabalho.

A produção de sujeitos a partir do espaço influencia tanto os pacientes quanto os trabalhadores da saúde como médicos, enfermeiros, recepcionistas, dentre outros. E os elementos humanizadores devem ser utilizados para favorecer a todos os usuários, em destaque os trabalhadores, pois permanecem mais tempo na unidade de saúde do que os pacientes.

O terceiro eixo se reporta ao espaço **como ferramenta facilitadora do processo de trabalho**. A discussão sobre esse eixo deve considerar que “a ambiência discutida isoladamente não muda o processo de trabalho” (BRASIL, 2010a, p.16). Ela será a ferramenta que irá introduzir a mudança para que haja transformação no processo de trabalho.

A ambiência como ferramenta facilitadora será trabalhada de forma que o espaço vá “[...] além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia” (BRASIL, 2010a, p.16). Essa compreensão contribui para a desconstrução do pensamento em que o hospital é um local repleto de tecnologias e que a confortabilidade não é necessária.

Observa-se que um eixo se liga ao outro de forma que sem um os outros não seriam possíveis, formando então um ciclo. Portanto, vale ressaltar que a divisão em eixos do conceito de ambiência é apenas didática.

III ELEMENTOS HUMANIZADORES DA AMBIÊNCIA

Como mencionando anteriormente, a cartilha ‘Ambiência’ (BRASIL, 2010a), apresenta o eixo da confortabilidade composto por 10 elementos humanizadores, os quais podem influenciar ou não na saúde do usuário de um determinado ambiente de saúde: morfologia, luz, cor, cheiro, som, arte, sinestesia, privacidade e individualidade, tratamento das áreas externas e confortabilidade.

A **morfologia** pode ser percebida a partir do momento em que se chega a uma determinada edificação ao observamos se a construção é vertical ou horizontal. Outro exemplo pode ser o espaço físico da recepção, que geralmente possui uma forma diferente de destaque nos ambientes, pois essa deve ser visualizada com facilidade. De acordo com a cartilha Ambiência (BRASIL, 2010a, p. 8) “formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços”.

A morfologia deve ser trabalhada não só para que se valorize a estética do local, mas a praticidade e a confortabilidade que ele irá conferir aos usuários.

A **luz** são espectros eletromagnéticos que “[...] contém uma série de radiações de diferentes frequências e comprimentos de onda e de mesma velocidade de propagação” (FONSECA, 2000, p. 5). Dentro de um ambiente de saúde o tratamento deve ser diferenciado para cada espaço, pois a utilização de luz natural pode ser tão proveitosa quanto a luz artificial. Fonseca (2000, p. 7) destaca a relação da luz com a saúde ao afirmar que “Quando a luz passa pelo olho, os impulsos são propagados não apenas às varias áreas visuais mas, também, às áreas do cérebro relativas às emoções e à regulação hormonal”.

Vale ressaltar que “[...] toda pessoa tem direito à noção de tempo – dia e noite, chuva e sol – e que isto pode influenciar no seu estado de saúde” (BRASIL, 2010a, p. 8). Nesse mesmo sentido, Lacy (1996, p. 123), afirma que a luz pode ocasionar Distúrbios Emocionais Sazonais (DES), pois “A luz influencia o ciclo de 24 horas. À medida que o dia chega ao fim e começa a escurecer, a falta de luz atinge a glândula pineal e ela começa a produzir melatonina, hormônio que provoca o sono”. A mesma autora aponta que ao amanhecer a luz natural, interrompe a produção de melatonina e então não temos mais sono e acordamos.

Papanek (1995, p. 90) destaca que a luz hoje em dia vem sendo utilizada também como uma ferramenta no tratamento de alguns DES, em que “Tendemos a sentir-nos deprimidos e apáticos quando os dias de inverno são curtos e escuros e a tornamo-nos mais energéticos à medida que o nosso tônus nervoso melhora com dias mais longos e alegres”.

A luz artificial pode ser utilizada de diversas formas como, por exemplo: a direcionada, onde o foco fica sobre o objeto em que se observa, e a geral, que busca iluminar homoganeamente todo o ambiente. Seu uso excessivo pode ser nocivo à saúde, pois, quando pessoas permanecem o dia todo apenas exposto a ela tendem a ficar “[...] estafadas e cansadas, com dificuldades de concentração” (LACY, 1996, p. 121).

Portanto, a luz natural ajuda a regular nosso relógio biológico e a sua falta pode provocar graves distúrbios na saúde, porém, não se deve desprezar que a luz artificial muito utilizada atualmente ajuda no desempenho das tarefas como leituras noturnas, cirurgias, etc.

Para um tratamento lumínico adequado são necessárias legislações, as quais são:

NBR-15215-1-Conceitos Básicos e Definições- 2005; a NBR-15215-2-Procedimentos de Cálculo para a estimativa da disponibilidade de luz natural/2005a e a NBR-15215-3-Iluminação Natural parte 3 - Procedimentos de Cálculo para a determinação da iluminação natural em ambientes internos. (FREITAS, 2014, p.45)

A luz, com diferentes tons de cores, utilizada dentro de um ambiente de saúde pode ser proveitosa, pois,

Em geral, as enfermarias e quartos têm algum tipo de lâmpada bem fraca que fica acesa a noite inteira. O uso de uma suave luz rosa no começo da noite ajudará o paciente a se sentir seguro, protegido e cuidado; mais tarde, uma luz quente azul-clara causa sono e proporciona ao doente uma energia terapêutica. Nunca se deve usar uma luz verde, porque ela é exaustiva para todas as pessoas envolvidas, inclusive para médicos e enfermeiros (LACY, 1996, p. 126-127).

Ao referir-se ao elemento luz também se aborda a cor, pois é graças a ela que podemos ter a sensação das tonalidades. **Cor**, segundo a física é a capacidade de refletir determinada quantidade de luz; é uma coisa além de apenas feixes de luz, pois segundo alguns estudiosos (LACY, 1996; PAPANEK, 1995) as colorações são capazes de mudar o comportamento das pessoas, fazendo-as sentirem-se mais ou menos confortáveis nos ambientes.

Lacy (1996) entende que cada cor atua diferentemente sobre as pessoas. O vermelho “[...] faz a pessoa sentir-se intrépida, ousada, poderosa, corajosa” (Ibid, p. 19), já o cinza “é associado com o medo” (Ibid, p. 28). Cada uma, segundo essa autora, irá atuar de uma forma em nosso organismo, pois iremos nos sentir mais aconchegados com algumas colorações do que com outras.

A referida autora ao se utilizar de um experimento feito em um programa de televisão canadense, onde pessoas eram colocadas em ambientes totalmente pintados com as cores vermelha, laranja, amarelo, verde, azul e violeta compreendeu algumas possíveis relações entre as cores e as pessoas. No ambiente vermelho a autora diz que as pessoas quase não falavam e sentiam-se inquietas e agitadas. Ao entrarem no ambiente laranja algumas pessoas conseguiam comunicarem-se umas com as outras e sentiram-se animadas e mais expressivas. No aposento amarelo as pessoas começavam a conversar sobre variados assuntos e ficavam mais relaxadas. No ambiente verde notou-se um alívio muito maior do que nos demais, os participantes acharam o lugar repousante e tranquilizante. No recinto azul as pessoas falavam mais baixo e reduziram a velocidade dos passos, apesar de alguns dizerem que sentiram-se em paz e tranquilos. Outros relatam que se sentiram tristes e perturbados, o que pode ser entendido, pois “o uso excessivo de tonalidades azuis pode evocar os piores medos de uma pessoa, fato que pode parecer estranho, já que o azul é considerado uma cor terapêutica por seu poder de acalmar, tranquilizar e até anestesiá-la” (LACY, 1996, p. 52). Já no ambiente violeta alguns participantes sentiram-se totalmente à vontade enquanto outros, que não gostavam da cor, queriam sair dali logo que possível.

Por isso em uma unidade de saúde o uso das cores com tonalidades diferentes deve ser considerado relevante, pois algumas dessas podem fazer o efeito contrário de seu objetivo no ambiente. Lacy (1996) afirma que para se ter uma harmonia entre elas é necessário combinar cores quentes e cores frias. Explica a relação entre cores opostas:

O Vermelho é o oposto do Verde
O Laranja é o oposto do Azul
O Amarelo é o oposto do Violeta
O Salmão é o oposto do Turquesa
O Amarelo-ouro é o oposto do Púrpura
O Limão é o oposto do Magenta (LACY, 1996, p. 29).

As cores que estão opostas aquelas existentes no disco cromático ou roda das cores, são consideradas complementares, como: vermelho e azul; laranja e turquesa; amarelo e azul; laranja e verde; verde e violeta; magenta e verde ou azul.

Pode-se observar essas relações a partir das figuras I e II abaixo.

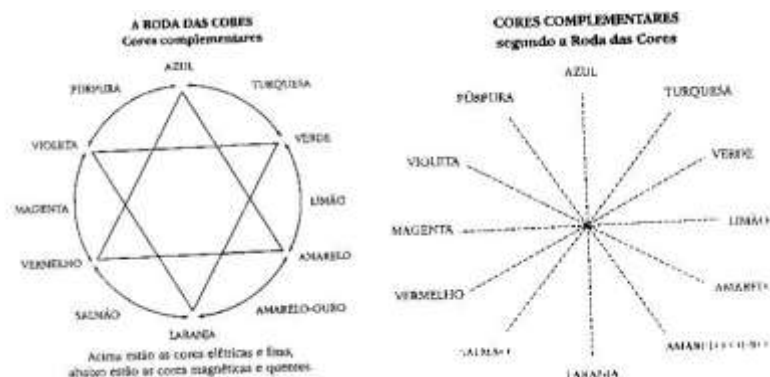


Figura 1: Disco cromático
Fonte: LACY, 1996, p. 30



Figura 2: Roda das Cores
Fonte: LACY, 1996, p. 97

As cores também são utilizadas para ajudar na reflexão da luz compensando ou minimizando seu excesso (BRASIL, 2010a). Portanto, dentro de uma unidade de saúde,

trabalhar as variações colorísticas pode favorecer não só a recuperação do paciente, mas também a saúde do profissional.

Nos ambientes de saúde o uso de várias cores pode causar confusão visual e ambientes monocromáticos podem ser monótonos, então precisa-se de normatizações para que se tenha uma maior harmonia, por exemplo “[...] a NBR 6503 / 1984 fixa a terminologia das cores; norma brasileira NBR 7195/1995 que recomenda o uso das cores na segurança; a NR 26 – Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho, que também apresenta alguns códigos de cores e a NBR 6493/1994 que indica a cor a ser usada nas tubulações” (FREITAS, 2014, p.66).

O **cheiro** é um elemento humanizador que se reporta aos odores presentes no ambiente e está ligado ao sentido do olfato que “[...] pode ser o mais evocativo de todos os sentidos.” (PAPANECK, 1995, p. 93), pois “De todos os sentidos, o olfacto dá-nos a ligação mais directa com o ambiente” (Ibid, p. 94). Esses se transformam em memórias olfativas, as quais são trazidas a tona a partir do momento em que os sentimos remetendo-nos a alguma experiência já vivida. Ao respirarmos partículas microscópicas “[...] entram em contacto com os nervos receptivos de odores situados no nariz. Os cheiros estão diretamente ligados às nossas emoções e recordações” (Ibid, p. 94).

O mesmo autor afirma que no Canadá e nos Estados Unidos a grande afeição ao consumismo pode estar associada ao tratamento odorizado dado aos ambientes com fragrâncias que estimulem a vontade e o prazer de fazer compras. Assim, o tratamento dos odores em alguns lugares deve ser diferenciado de outros.

Para possibilitar a neutralização de odores em um ambiente, devemos considerar o uso da ventilação natural o máximo possível e complementar com a ventilação artificial, controlando a temperatura interna, com o máximo de conforto térmico aos usuários.

No que se refere ao tratamento dos cheiros em um ambiente de saúde, recomenda-se que seja feito com precaução, pois a memória olfativa daquele lugar pode vir a trazer lembranças ruins do período em que a pessoa sentia-se fragilizada, podendo ou não interferir no bem estar das pessoas (BRASIL, 2010a).

O **som** também é algo que deve ser considerado em qualquer ambiente, uma vez que quando em excesso pode afetar o processo de trabalho e até mesmo a saúde da pessoa, além de nos ajudar a sentir o ambiente (PAPANECK, 1995). O tratamento acústico,

segundo Freitas (2014, p.52) necessita de normatizações “[...] o conforto acústico reporta-se as Normas da ABNT: NBR 10.152 - Níveis de ruído para conforto acústico e NBR 12.179 – Tratamento acústico em recintos fechados”, dado que dentro de um serviço de saúde os ruídos e sons podem afetar os pacientes e profissionais de saúde.

De acordo com Gatti e Silva (2007) há diferença entre som e ruído: os sons são vibrações transmitidas e perceptíveis ao ser humano na frequência entre 20 e 20.000 Hz. Já os ruídos são sons indesejáveis. Sons ajudam-nos a perceber de maneira diferenciada o ambiente que nos cerca, pois “Sentimos ecos e outros efeitos acústicos mais sutis” (PAPANECK, 1995, p. 96).

Em um ambiente de saúde ações para minimizar e controlar os sons devem ser realizadas para garantir a privacidade e o controle de alguns ruídos característicos, tais como o carrinho de nutrição e de medicamentos, aparelhos médicos, dentre outros, pois o desconforto acústico pode prejudicar os pacientes e demais usuários daquele ambiente (FREITAS, 2014).

Freitas (2014, p.55) cita que para se garantir a “[...] proteção de exposição abusiva ao ruído, a Norma Regulamentadora nº 15 do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2011), dispõe o tempo de exposição permitido em relação à intensidade do som”, a nível de insalubridade.

NÍVEL DE RUÍDO dB (A)	MÁXIMA EXPOSIÇÃO DIÁRIA PERMISSÍVEL
85	8 horas
86	7 horas
87	6 horas
88	5 horas
89	4 horas e 30 minutos
90	4 horas
91	3 horas e 30 minutos
92	3 horas
93	2 horas e 40 minutos
94	2 horas e 15 minutos
95	2 horas
96	1 hora e 45 minutos
98	1 hora e 15 minutos
100	1 hora
102	45 minutos
104	35 minutos
105	30 minutos
106	25 minutos
108	20 minutos
110	15 minutos
112	10 minutos
114	8 minutos
115	7 minutos

Figura 3: Quadro de Tolerância de Ruídos

Fonte: FREITAS, 2014, p.55

Nos ambientes de saúde pode ser utilizado músicas como sons ambientes. Em pesquisa realizada por Gatti e Silva (2007) com 49 pessoas, constatou-se que após ficarem durante um plantão em um hospital ouvindo Bach, 61% citaram que se sentiram relaxadas, leves, em uma atmosfera mais tranquila e suave; 39% acharam a escolha musical muito cansativa, repetitiva, fúnebre e triste. No tangente ao som ambiente, cerca de 96% dos profissionais acharam que deveria ser mantido. Pode-se inferir que a música ambiente ao ser tratada com determinadas peculiaridades dentro de um serviço de saúde pode auxiliar a amenizar o estresse gerado pelo trabalho, podendo até auxiliar na capacidade de concentração dos profissionais.

A **arte** atravessa o tempo. Ela possivelmente está com os homens desde a época do australopiteco, quando as pinturas rupestres eram feitas como objeto de expressão de sentimento e ações. Apresenta duas divisões:

A primeira - pintura figurativa procura-se produzir uma realidade referente a um tema particular do artista, busca uma racionalidade e as imagens são organizadas. A segunda - pintura não-figurativa ou abstrata, não se procura retratar uma imagem real como paisagem ou objeto, busca expressar o intuito e a sensação do artista, ou seja, as subjetividades dele (LOPES, 2002 apud FREITAS, 2014, p. 60).

A arte pode ser utilizada dentro dos ambientes de saúde para facilitar as inter-relações e a expressão das sensações humanas, pois, “[...] pode ser a exteriorização das somas das experiências de vida de um artista, o que torna visível o seu sentimento.” (FREITAS, 2010, p.83). Portanto, a pessoa ao visualizá-la pode lhe causar uma identificação ou um estranhamento, tendo a percepção de um ambiente mais agradável ou não.

Vale a pena ressaltar que arte não é ligada exclusivamente a pinturas, mas espetáculos de dança, teatro e sessões de contar histórias também são formas de manifestações artísticas. A experiência em um hospital apontou que atividades de artes com a população juntamente com os médicos e enfermeiros da unidade, proporcionaram melhoras tanto nos pacientes quanto na relação médico-paciente (LACY, 1996).

A **sinestesia** “diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas” (BRASIL, 2010a, p. 9). Sentir o local em que nos encontramos é uma coisa que ajuda a nos sentir mais confortáveis e acolhidos, ou não. Segundo Papanek (1995, p. 91) “Os soalhos de madeira conferem uma elasticidade diferente aos nossos passos; ecoam de modo diverso do tijolo ou do cimento, bem como da pedra, da ardósia, do mármore ou do bambu revestidos com carpetes”.

É necessário sentir o ambiente a partir do tato, dos cheiros e de todos os outros sentidos referentes a ele. Em um ambiente de saúde sentir o local é algo que pode amenizar uma experiência que poderia ser traumática.

A **privacidade e individualidade** são abordadas juntamente na cartilha *Ambiência* (BRASIL, 2010a), pois uma complementa a outra. A privacidade se reporta a proteção da intimidade do paciente, que pode ser realizada de diversas maneiras, podendo ser desde o uso de divisórias de um leito para o outro, quanto à privacidade do prontuário do mesmo, além do atendimento diferenciado entre cada um dos pacientes. A individualidade se refere à percepção de um paciente ser diferente do outro, a pessoa passa a ser tratado de maneira que se entende que ela é singular, e possui suas particularidades e que não deve ser cuidado de forma igual à de outras. Por essas razões, a Arquitetura desempenhará um papel importante para a privacidade e a individualidade, pois ela possibilitará “[...] criar ambientes que ofereçam ao paciente espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, entre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade” (BRASIL, 2010a, p. 11).

O **tratamento das áreas externas** é muito importante a ser trabalhado como elemento humanizador, pois o entorno é visado para a construção da edificação. Ao se construir uma unidade de saúde a acessibilidade deverá estar presente e este local poderá servir como lugar de encontro entre sujeitos, pois “[...] são importantes espaços de encontros e integração, locais de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde” (Ibid, p. 10).

O paisagismo vegetal, por exemplo, pode ser utilizado para o tratamento exterior dos ambientes de saúde dado que “[...] a vegetação propicia um resfriamento por meio de dois mecanismos: o sombreamento lançado pelas plantas reduz a conversão de energia

radiante em calor sensível, conseqüentemente reduz as temperaturas de superfícies dos objetos sombreados [...]” (FURTADO apud FREITAS, 2014, p.68). Portanto, ao fazer a utilização do paisagismo vegetal pode-se melhorar não só o conforto térmico bem como a estética do ambiente, podendo-se complementá-lo com bancos e espaços recreativos para as crianças.

Vale ressaltar que ao levar um tratamento arborizado para próximo dos pacientes pode auxiliar em sua recuperação, pois possibilita que haja a interação com a natureza. Assim como, a presença de plantas, com o devido controle biológico, no interior das instalações dos serviços de saúde, tais como nos corredores e recepção, podem também contribuir na ambiência.

Quanto a **confortabilidade**, aponta-se a necessidade de se aumentar a acessibilidade do usuário a bebedouros e instalações sanitárias devidamente higienizadas e adaptadas a todas as pessoas e às suas necessidades, pois, “Pensar a confortabilidade dentro do conceito ambiência é também resgatar esse vínculo (referências sobre cotidiano, sua cultura e seus desejos) para junto do processo de produção de saúde” (BRASIL, 2010a, p. 12). Ao se fazer esse vínculo entre o ‘mundo real’ e o ‘mundo hospitalar’ percebe-se que há uma aproximação da realidade para o que está acontecendo dentro do hospital, principalmente para os pacientes internados, pois isso pode contribuir com que eles se sintam mais confortáveis e menos distantes de suas realidades.

O conforto se refere às subjetividades dos sujeitos e está incluso nos espaços seja esse de saúde, domiciliar ou de qualquer natureza. Schmid (2005, p.21) esclarece que o “Conforto não se explica, pois com itens estanques, precisamente definidos. Tampouco se revela um jogo onde vença a neutralidade (eliminação do desconforto)”.

Confortabilidade abordada sem se pensar nas diferentes características do local e das necessidades das pessoas “[...] acaba promovendo soluções segregadoras, o que inviabiliza a produção de espaços de bem-estar e inclusão social” (MONT’ALVÃO; VILLAROUÇO, 2016, p.71). Para exemplificar uma situação de segregacionismo consideramos “[...] uma entrada acessível com sua oferta em local distante da entrada principal (nas fachadas laterais ou nos fundos da edificação)” (Ibid, p. 71). Ou seja, a confortabilidade quando não contempla um conjunto de necessidades e subjetividades poderá gerar algum tipo de constrangimento ao usuário. Ela poderá ser uma grande aliada

na humanização do ambiente, para isso será necessária uma legislação que irá dar os parâmetros para a confortabilidade,

[...] Norma Brasileira (NBR) 9050 - Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. A referida NBR apresenta conceitos que objetiva atender nos espaços abertos e/ou fechados, o máximo das características antropométricas e sensoriais da população (FREITAS, 2014, p.95).

Vale ressaltar que os elementos apresentados são apenas alguns dos diversos que podem existir. Um espaço que utiliza elementos humanizadores tende a ser mais harmônico e possibilita para que um paciente não tenha uma experiência traumática dentro de determinado ambiente de saúde.

III.I O CUIDADO EM SAÚDE

Quando nos remetemos à Saúde, o cuidado é uma coisa que se destaca, pois está relacionado diretamente com as necessidades de acolher e responder o que cada indivíduo deseja. Segundo Boff (1999, p. 90) “[...] alguns estudiosos derivam cuidado do latim cura. Esta palavra é um sinônimo erudito de cuidado”. Cuidar é uma palavra e que vem “[...] do latim cogitare que significa ‘imaginar’ ‘pensar’, ‘meditar’, ‘julgar’, ‘supor’, ‘tratar’, ‘aplicar’ a atenção, ‘refletir’, ‘prevenir’ e ‘ter-se’” (PINHEIRO, 2009, [s/p]).

Boff (1999) entende que o cuidado está essencialmente no ser humano, pois tudo que o ele faz é imbuído de cuidado. Na saúde, o “Cuidado é um ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos de sua realização” (PINHEIRO, 2009, [s/p]). Ayres (2004) utiliza-se de Heidegger (1995) para explicar que a “[...] expressão ‘Cuidado’, tão amplamente usada na saúde para se referir às relações dessa centralidade dos *projetos* no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir”. Vemos então que há uma pluralidade de sentidos atribuídos a palavra cuidado, onde percebe-se que todos os sentidos citados referem-se ao modo de fazer e de lidar com o próximo.

No que se diz respeito ao trabalho em saúde pode-se inferir de que não se diferencia tanto de qualquer outro tipo de trabalho, pois vivemos em mundo capitalista onde o objetivo central de quase todos os serviços é ganhar dinheiro, mas na saúde há a

peculiaridade de ter que lidar diretamente com vidas. E por lidar com vidas há a necessidade de ter o cuidado como principal aliado.

Historicamente, segundo o Ministério da Saúde (2009, p. 17) “[...] o trabalho seria realizado mediante a ação não-espontânea dos trabalhadores, que necessitariam de supervisão, controle, estímulos (financeiros, morais, etc.) para produzir, para realizar as tarefas”, o M.S. alega que isso é uma coisa que ainda persiste e entende que a PNH serve para mostrar “[...] que o trabalho é elemento substantivo da criação do homem, que cria a si e ao mundo. A autoria do mundo é condição para a construção de si” (BRASIL, 2009, p. 19).

Para que o trabalho torne-se uma experiência agradável aos usuários é necessário que primordialmente tenha o cuidado em saúde. Esse poderá ser introduzido nos serviços de saúde pelos gestores, a partir do momento em que há a implementação da ambiência, seguido pelo tratamento mais humanizado na relação médico-paciente. Ayres (2004) mostra o relato de um caso onde um médico foge da rotina das consultas com uma determinada paciente, quando ao invés de iniciar o atendimento perguntando sobre como ela estava desde a última consulta, se inicia perguntando sobre a vida pessoal da mesma. O médico relata que “[...] uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato 'encontros', o que acontecia a cada vinda ao serviço” (AYRES, 2004, p. 18). Quando a relação entre o profissional de saúde e os pacientes é boa e auxilia não só na melhora do paciente, mas também no melhor diagnóstico, pois fazendo a anamnese um profissional de saúde pode inferir com um pouco mais de propriedade o motivo da persistência de determinada dor, por exemplo.

Ainda o mesmo autor compreende que o fato de ambos terem começado a procurar um significado para estarem ali um diante do outro, pode ter auxiliado para mudar a qualidade do atendimento foi, pois “[...] dar significado e sentido não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida” (Ibid, p. 20). Ele ainda afirma que

O que a catarse daquele (des)encontro propiciou foi justamente a possibilidade de se surpreender da falta de sentido de se cumprir tão mecanicamente os papéis de médico e de paciente, orientados, ambos, por uma lógica que, em si mesma, não pode atribuir nada, a lógica clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional (AYRES, 2004, p. 20).

Dessa forma, ressalta-se a relevância da ambiência no cuidado em saúde para que o ambiente possa favorecer tranquilidade, acolhimento e amenizar experiências traumáticas, pois a ambiência considera as subjetividades dos usuários dos espaços, não se apresenta de uma única maneira, pois refere-se a percepção e sensação de cada pessoa.

IV COMPREENDENDO A GESTÃO

Após compreensão sobre a humanização e alguns elementos para compor uma ambiência favorável aos usuários dos espaços de saúde vale ressaltar que para que o local seja resolutivo e acolhedor necessita-se de uma gestão. É o gestor um grande colaborador para administrar e deve entender como esse funciona.

Muito se utiliza das palavras gerência e gestão. Segundo a Norma Operacional Básica (NOB) 1/96 (BRASIL, 1996) existe diferença nos conceitos entre ambos.

[...] gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996, [s/p.]).

O papel do gestor dentro da unidade de saúde muda de acordo com a esfera em que ele está incluído. No caso de uma esfera municipal o gestor “[...] é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município” (BRASIL, 1996, [s.p]). Já na esfera estadual,

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.
O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral.
O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade (BRASIL, 1996, [s.p]).

No âmbito federal são utilizados os mesmo princípios do estadual, além de alguns outros deveres, como criar políticas de saneamento básico e promover o desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde.

De acordo com Pessôa (2011, p.13), “Um dos papeis mais importantes dos gerentes é criar um ambiente de trabalho solidário, colaborativo, eficiente e feliz para que seus funcionários possam trabalhar.”. Portanto, observa-se que é papel do gerente tornar o ambiente humanizado e facilitador do processo de trabalho, enquanto o do gestor, segundo

a NOB 1/96, se reporta a parte normativa. Neste estudo utiliza-se o termo gestor, não considerando as diferentes esferas de competência.

Tradicionalmente, a gestão do trabalho, ao longo dos anos trazia a ideia de que os trabalhadores não eram capazes de conduzir o seu trabalho, por não terem conhecimento de como gerir. Assim surgiu a necessidade de supervisão e controle para produzir e executar as tarefas. Tal pensamento faz parte da lógica Taylorista e Fordista, ainda presente nos dias atuais. (BRASIL, 2009).

Mas o que é o Trabalho em Saúde? O Trabalho em Saúde é dentre diversas coisas, lidar com tecnologias e cuidar de outra pessoa ou de um coletivo. Segundo Boff (1999), para se cuidar é necessário ter intimidade, acolhimento e respeito. Também se faz necessário ter sintonia, escuta do ser humano que muitas vezes apresenta resistências. Portanto, é um grande desafio combinar trabalho, tecnologia e cuidado, o que demonstra a necessidade de uma gestão diferenciada.

De acordo com o Ministério da Saúde, Gestão em Saúde pode ser definida “[...] como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde” (Ibid, p. 13).

Portanto, a gestão deverá articular e interagir com a organização das instituições e com os trabalhadores, pois ambas apresentam uma diversidade de interesses que muitas vezes são diferentes. Ela terá então como tarefa “[...] construir coincidências entre os interesses e necessidades dos trabalhadores, a disposição de meios e fins da organização” (Ibid. p. 14).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a **Gestão Participativa** é um instrumento da gestão, potencializadora na construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas em saúde, capaz de atender os usuários de maneira eficaz e efetiva, além de motivar os trabalhadores.

Já a **Cogestão** é o modo de gerir, considerando o pensar e o fazer coletivo, ou seja, “[...] uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde” (BRASIL, 2009, p. 10). Ou seja, é o compartilhamento de poder com a população.

[...] a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõe a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho” (BRASIL, 2009, p. 24).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2009) o prefixo “co” pode indicar uma experimentação para a gestão sendo um duplo movimento onde há a adição de novas funções e de novos sujeitos participantes do processo de trabalho.

Segundo a cartilha da PNH a Gestão Participativa e a Cogestão são contribuições “[...] para um atendimento mais resolutivo e democrático, com compromisso de corresponsabilidade e participação entre os sujeitos envolvidos” (SOUZA, 2014, [s/p.]). Quanto aos sujeitos envolvidos diz-se respeito do gestor federal ao usuário (paciente e acompanhante).

Em 28 de dezembro de 1990 foi criada a Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990, [s/p.]).

A referida Lei determina que o SUS conta com a participação do Conselho de Saúde e da Conferência de Saúde sem o prejuízo do Poder Legislativo. Portanto, os gestores devem realizar colegiados onde há a participação da população para que haja melhoria no processo de produção da saúde. Ele gestor deve não só ouvir as demandas da população como também deve repassá-la aos órgãos superiores para que sejam supridas.

A participação ativa da sociedade nas diferentes esferas de gestão e no campo da saúde é garantida na formação dos *Conselhos de Saúde* que são formados “[...] por trabalhadores e gestores de saúde (50% dos conselheiros, sendo 25% para cada segmento) e os restantes 50% são compostos por usuários do sistema” (BRASIL, 2009, p. 9), juntos buscam atuar nos interesses comunitários. Seus colegiados se dão a partir de rodas de conversa entre os sujeitos participantes, onde há diálogo entre a parte organizacional e a parte solicitante. Os Conselhos de Saúde tem sua legitimidade garantida através da consulta dos interesses da comunidade alvo.

As *Conferencias de Saúde* também “[...] são espaços estratégicos de participação social” (BRASIL, 2009, p. 8), onde democraticamente propõe-se diretrizes e práticas para a

saúde da população. Os municípios não dependem de convocação nacional para fazerem as suas próprias conferências objetivando avaliar a saúde nesses e propor diretrizes para a organização do sistema de saúde.

Assim como os Conselhos e Conferências, outra forma de se buscar exercer a gestão compartilhada e participativa tem-se *Comissões Intergestores Tripartite* (CIT), no âmbito nacional e as *Comissões Intergestores Bipartite* (CIB), sendo representada pelos estados e municípios. Ambas objetivam que haja comunicação entre os gestores, para a melhoria da saúde. De acordo com o M.S. (Ibid.) nessas comissões são negociados e definidos pactos da gestão da saúde.

Apesar de se ter no Brasil vários espaços para se realizar a cidadania, na saúde, poucos trabalhadores participam devido ao excesso de burocracia, centralização por parte dos gestores e por parecer complexa e difícil. Além disso, há uma divisão do processo de trabalho que varia de acordo com o cargo exercido dentro do ambiente de saúde que acaba gerando “[...] falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo ao envolvimento dos usuários nos processos de produção de saúde” (Ibid, p. 10). Por essas razões o Ministério da Saúde acredita na Gestão Participativa, pois essa torna o trabalhador ativo nos modos de gerir e nas práticas de saúde.

Entende-se que para a democratização no campo da saúde é necessária uma Cogestão, pois mesmo havendo as hierarquias nos ambientes de trabalho não se deve “[...] eliminar o caráter particular de cada profissional ou de cada profissão, a co-gestão é um modo de articulá-las em um campo que assegure saúde à população e realização pessoal aos trabalhadores” (CAMPOS, 2003, p. 17).

O trabalho em saúde necessita de sujeitos capazes de realizar mudanças nos modos de cuidar e gerir. Para tal, precisa-se de métodos que sustentem as ações realizadas. Nesse sentido, Campos (2003) propõe um método de gestão para coletivos no SUS – Método Paidéia, que pode auxiliar ao gestor e a população local. O referido método tem como objetivo potencializar a compreensão e a intervenção das pessoas sobre o mundo e si mesmas, e dessa forma, construir sociedades democráticas.

O termo Paidéia tem origem grega e se reporta a “[...] formação integral do ser humano” (Ibid, p. 14). Paidéia pode ser entendida também como a busca pelo “[...] aperfeiçoamento de pessoas e instituições” (CAMPOS, 2006, 20).

Segundo o mesmo autor a gestão em saúde e as práticas profissionais são potencializadoras de transformar o sujeito. Portanto, existe na relação sujeito x gestão um papel pedagógico e terapêutico que pode ser realizado por meio do Método Paidéia. Um exemplo dessa relação transformadora é no do tratamento da AIDS e da tuberculose. O autor questiona por que não “[...] investir, durante o tratamento supervisionado, na reconstrução da cidadania e subjetividades desses pacientes com dificuldade para defender a própria vida” (CAMPOS, 2006, p. 15).

A introdução da Paidéia pode se dar a partir de algumas sugestões metodológicas feitas por Campos. A primeira sugestão se refere a construção de vínculo e de um contrato de trabalho entre equipe técnica, grupos de usuários e organizações. A construção desses vínculos se dá a partir do momento em que as demandas ou problemas são colocados pelos usuários aos técnicos e “[...] resulta da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros” (CAMPOS, 2003, p. 8). Portanto, o vínculo é a existência do afeto entre as pessoas. Pode ser positivo ou negativo, mas para ser positivo os grupos devem acreditar que a equipe de saúde poderá ser capaz de acolher e resolver os problemas de saúde demandados. Esse vínculo pode estimular a confiança, quebrar estereótipos e possibilitar mudanças para novos hábitos e comportamentos que favorecem a saúde dos sujeitos dos grupos.

A segunda sugestão para a introdução ao Método Paidéia é a emergência dos temas, onde demandas são discutidas em Roda que “[...] é um espaço coletivo: um arranjo onde exista oportunidade de discussão e tomada de decisão” (Ibid, p. 30). A Roda serve como um espaço de inclusão do Sujeito no processo de trabalho na saúde. Segundo Campos (2003), existem dois tipos de Roda: a formal, que pode ser uma comissão ou um conselho oficial, e a informal, por exemplo, reuniões para discutir temas ambientais, de violência, saúde da população local, etc. Uma Roda “[...] é um lugar onde circulam afetos e Vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo” (Ibid, p. 30). Ou seja, dentro da Roda as pessoas tendem a se ligar emocionante umas com as outras, pois as relações de poder mesmo que existentes passam a ser irrelevantes devido a formação ao qual os mesmo estão discutindo Temas em conjunto.

Para que um Tema possa de fato ser aceito ele é submetido “[...] a um sistema de avaliação de pertinência, perguntando-se se serão transformadas em Temas, isto é, se serão

priorizadas e se, em decorrência, será armado um Plano de Intervenção para alterar a situação” (Ibid. p. 31).

A terceira sugestão se refere a construir projeto de intervenção com o envolvimento da equipe técnica, dos grupos vulneráveis e de organizações. Após a escolha dos temas, é necessária a elaboração de projetos de intervenção que são elaborados nas rodas, pois só uma construção de um projeto em conjunto irá beneficiar ambos os lados. Portanto, refere-se a construção no coletivo, de forma participativa, onde um do grupo opina sobre o que é bom para si.

De acordo com Campos (2003), um Projeto de Intervenção apresenta cinco etapas:

- a) Definição de Temas Prioritários;
- b) Análise de contexto: como a situação considerada indesejável vem sendo produzida e reproduzida? Elaborar um Texto sobre isso. [...]
- c) Definição de Diretrizes e tomada de decisão em Roda: com base na interpretação do Texto construído, em conhecimentos oriundos da Saúde Coletiva e da vida em geral (experiência prévia comum a todo e qualquer vivente), eleger diretrizes e construir um Modo de Ação (modelo de enfrentamento do tema). Em função dessas diretrizes e desse Modelo, tomar decisões e transformá-las em Tarefas;
- d) Definição de uma rede de Tarefas consideradas potentes para alterar o contexto nocivo. [...]
- e) Análise prática ou do resultado da intervenção: reelaboração do Projeto em função das dificuldades e desacertos na execução das Tarefas. A prática como critério de verdade, como orientadora de alterações de rumo (CAMPOS, 2003, p. 33 – 34).

A quarta sugestão se reporta a considerações sobre o papel da equipe (poder público) e o da comunidade, sobre a intersetorialidade e a educação em saúde. Essa sugestão de Campos refere-se às funções que cada sujeito integrante do processo de produção de saúde terá.

Da Equipe que faz saúde coletiva espera-se uso máximo de conhecimentos – indicadores, modelos de intervenção, etc – e de ações com base técnica e apoio na legislação. Dos usuários se espera iniciativa e mobilização de recursos públicos, culturais e comunitários (CAMPOS, 2003, p. 35).

A intersetorialidade é uma maneira de realizar a intervenção necessária. Deve-se saber se o Projeto escolhido é viável de acordo com os recursos disponíveis e se cada parte integrante do processo está com as responsabilidades definidas do que será executado. Caso contrário o mesmo poderá fracassar. A educação em saúde possibilitará que as informações possam circular além de auxiliar as modificações de “[...] hábitos, valores ou a

subjetividade de agrupamentos” (Ibid. p. 35). Segundo a metodologia Paidéia uma educação em saúde deve ser compartilhada em tarefas, posteriormente análise das dificuldades de levá-la a prática.

Diante do exposto acima se percebe a relevância de uma gestão que proponha incluir os sujeitos, e os coletivos, pois esses são capazes de impactar os processos existentes no trabalho em saúde.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto ao longo dessa pesquisa, conclui-se que a humanização é fundamental para os serviços de saúde, pois ajuda a melhorar as relações entre as pessoas envolvidas no processo de saúde-doença.

Para que um ambiente se torne humanizado é necessário existir a inclusão da ambiência que irá favorecer que esse seja agradável, acolhedor e resolutivo tanto para profissionais de saúde quanto para os pacientes e acompanhantes. A ambiência vai muito além de um ambiente bonito ou prazeroso, mas também se reporta a um ambiente acessível e que não gera a segregação dentro dos serviços de saúde.

No que se diz respeito aos elementos humanizadores, conclui-se que todos devem ser privilegiados, porque um complementa o outro. O equilíbrio entre eles facilitará que os usuários sintam-se confortáveis termicamente, acusticamente, luminicamente ou em quaisquer outros aspectos relacionados à confortabilidade. No caso dos pacientes, a harmonia e equilíbrio referentes ao ambiente, pode tornar o período de permanência no serviço de saúde, uma experiência mais ou menos agradável, pelo fato da pessoa estar com seu estado físico e psíquico afetados pela doença e dor. Quanto aos trabalhadores a harmonia criada poderá minimizar o estresse gerado pelo trabalho e facilitar a relação com os pacientes. Portanto, a ambiência é uma ferramenta potencializadora da humanização.

O cuidado em saúde não é apenas fazer um diagnóstico preciso, mas é cuidar da pessoa enquanto ser humano singular não apenas como mais um corpo ou uma parte dele.

A gestão em saúde deve ser de maneira que reconheça os objetivos da organização, e que dê sentido ao trabalho realizado pelos trabalhadores, com autonomia, valorização e humanização. No tangente a Metodologia de Roda conluo que é uma maneira de escuta e reconhecimento dos trabalhadores dando-lhes vez e voz.

Portanto, quando nos referimos ao tema ambiência, humanização, cuidado em saúde e gestão nos serviços de saúde, estamos nos remetendo a uma discussão complexa que se relaciona com subjetividades sem poder desconsiderar legislações que existem a cada tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 16-29, Dec. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 dez 2016.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra / Leonardo Boff – Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Gestão Participativa e Cogestão. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Redes de Produção de Saúde. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996, Norma Operacional Básica 1/96. 2016. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 27 mai.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 199. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 02 de ago. 2016

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Paideia. 3º edição, São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Efeito Paideia e o Campo da Saúde: Reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. In: Trabalho Educação e Saúde, v.4, nº 1. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FONSECA, Ingrid Chagas Leite da Qualidade da Luz e Sua Influência Sobre a Saúde, Estado de Ânimo e Comportamento do Homem. Monografia, Pós-Graduação em

Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Michel Foucault. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

FREITAS, Irai Borges de. *Humanização em ambientes de saúde: reflexões e contribuições a partir de princípios ergonômicos*. Monografia, Curso de Especialização em Arquitetura de Interiores, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

_____. *Proposta de Gestão Sustentável para os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde a partir da Metodologia de Roda*. Dissertação de Mestrado. Centro Universitário Augusto Motta. Pró-Reitorias de Ensino e de Pesquisa e Extensão. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – PPGDL. Mestrado Profissional Multidisciplinar em Desenvolvimento Local, 2014.

GATTI, Maria Fernanda Zorzi; SILVA, Maria Júlia Paes da. *Música ambiente em serviço de emergência: percepção dos profissionais*. Ver. Latino-Am. De Enfermagem, vol. 15, n° 3, Ribeirão Preto, Junho, 2007. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 nov. 2016.

GÓES, Ronald de. *Manual prático de arquitetura hospitalar*. 1ª ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

MONT'ALVÃO, Cláudia; VILLAROUÇO, Vilma; (orgs). *Um novo olhar para o projeto: 3: a ergonomia no ambiente construído*. Olinda: Livro Rápido, 2016.

LACY, Marie Louise. *O Poder das Cores no Equilíbrio dos Ambientes*. São Paulo, 1996.

LE COUTER, Penny; BURRESON, Jay. *Os botões de Napoleão: As 17 moléculas que mudaram a história*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

PAPANÉK, Victor. *Arquitetura e design-Ecologia e Ética*. Portugal: Edições 70, 1995.

PEREIRA, Eduardo Henrique Passos; BARROS, Regina Duarte Benevides de. *Humanização*. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 2009. Disponível em <
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>>. Acesso em: 08 mar. 2016

PESSÔA, Luisa Regina (coord.). *Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde / organizado por Luisa Regina Pessôa, Eduardo Henrique de Arruda Santos e Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torres / autores Camilla Maia Franco, Simone Agadir Santos e Monica Ferzola Salgado – Rio de Janeiro, Ensp, 2011.*

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 18 nov. 2016

SOUZA, Emilia Alves de. Gestão Participativa e Cogestão: O que é? 2014. In: Rede Humaniza SUS. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/85459-gestao-participativa-e-cogestao-o-que-e>> Acesso em agosto de 2016.

SCHMID, Aloísio Leoni, A ideia de conforto: reflexões sobre o ambiente construído/Aloísio Leoni. – Curitiba: Pacto Ambiental, 2005.

TRAVERSO-YÉPEZ; Martha; MORAIS, Normanda Araújo de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000100022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 08 mar. 2016.