

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Laboratório de Formação Profissional em Gestão em Saúde

Curso Técnico de Educação Profissional em Gestão em Serviços de Saúde

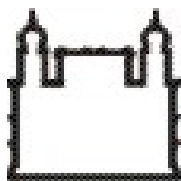
HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E DAS RELAÇÕES NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA

Por: VIVIAN PINHO BENECIANO LOPES

Orientadora: Thamar Silva de Araújo
Co- Orientadora: Denise Gomes

Rio de Janeiro

2006



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Laboratório de Formação Profissional em Gestão em Saúde

Curso Técnico de Educação Profissional em Gestão em Serviços de Saúde

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E DAS RELAÇÕES NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA

Por: VIVIAN PINHO BENECIANO LOPES

Monografia final do Curso de Formação Profissional em Técnico em Gestão em Serviços de Saúde da EPSJV, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Técnico

**Rio de Janeiro
2006**

Vivian Pinho Beneciano Lopes

Humanização do Atendimento e das Relações no Âmbito da Saúde Pública

Aprovado em _____ de _____ de 2006.

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Thamar Silva de Araújo
FIOCRUZ – EPSJV – LABGESTÃO

Prof.^a Vânia Viana
FIOCRUZ – EPSJV – LABMAN

Prof.^a Sarita Oliveira Ferreira Lopes
FIOCRUZ – EPSJV – LABMAN

RIO DE JANEIRO
2006

DEDICATÓRIA

Quero dedicar este trabalho a minha orientadora, Tamar, que tanto me fez refletir neste um ano de trabalho o quanto podemos e devemos contribuir para a transformação do SUS, á minha co-orientadora, Denise, que me proporcionou participar de um documentário sobre humanização do qual fiquei muito feliz, a minha mãe, que me agüentava lendo os textos da monografia para revisão, e que via minha correria para concluí-la e que ficava nervosa por eu chegar tarde em casa, e por fim dedico a mim também pela perseverança que sempre tive em alcançar meus objetivos, e conseguir minhas vitórias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me dado fé em todos os momentos para a conclusão do meu trabalho, aos meus amigos, eternos amigos, aos quais sempre tinham uma palavra de incentivo nos momentos difíceis. Agradeço por fim a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o fechamento desta monografia, aos professores do Labman (Sarita Lopes, Irai Borges) que me encorajaram na pré-defesa, á Kátia Butter que me ajudava sempre quando a solicitava em nossa ida ao INCA, para conhecer experiências êxitosas sobre humanização, onde aprendi muito. A Vânia Viana (LABMAN),que também acompanhou este trabalho, sempre amável. A EPSJV que me proporcionou muitas alegrias nestes 3 anos de curso, e onde encontrei amigos especiais que levarei para a vida toda. Viva a turma de gestão; 2004- 2006.

Feliz aquele que transfere o que
sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

RESUMO

No momento em que se assume a humanização como aspecto fundamental nas políticas de saúde, urge que o ator principal do processo deva ser o usuário, para que se possam efetuar mudanças nos modelos de atenção e de gestão. Por isso que a humanização se encontra em lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso. Tal urgência se configura pela banalização com que o tema vem sendo tratado, assim como pela fragmentação das práticas ligadas a programas de humanização. Daí a necessidade da redefinição do próprio conceito de humanização bem como dos modos de construção de uma política pública transversal de humanização na/da saúde. O avanço do processo de reforma demanda de fato, uma permanente reflexão crítica sobre as idéias e concepções que orientam as práticas entre os diferentes atores sociais envolvidos. Portanto, objetivou-se investigar a forma como os usuários dos serviços de saúde, individual ou coletivamente “dão” sentidos a sua situação de “paciente” no contexto do serviço público. Ao final, considerando determinadas características da produção de cuidados, explora como esses novos sentidos poderiam contribuir para pensar não apenas na humanização dos serviços, mas de que modo os serviços podem contribuir para nossa própria humanização.

Palavras - chave: humanização, satisfação do usuário, intersubjetividade, avaliação dos Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	
2. CAPÍTULO 1: SISTEMA DE SAÚDE	13
3. CAPÍTULO 2: POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	18
4. CAPÍTULO 3: ATORES DO PROCESSO.....	28
5. CAPÍTULO 4: CULTURA DA “QUEIXA”	33
6. CAPÍTULO 5: A MUDANÇA	38
7. CAPÍTULO 6: POLÍTICAS PÚBLICAS.....	40
8. CAPÍTULO 7: PESQUISA DE CAMPO	45
8.1 Metodologia do Estudo	45
8.2 Análise e Interpretação dos dados.....	46
9. CAPÍTULO 8: CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
11. ANEXOS	56
11.1 Anexo 1 Questionário da Pesquisa	56
11.2 Anexo 2 Relatório da visita ao INCA - HC2	59
11.3 Anexo 3 A Humanização como política Transversal na rede SUS	63

11.4 Anexo 4 Apresentação da Entrevista64

11.5 Anexo 5 Tabela 165

1. INTRODUÇÃO

Devido a grande procura de se entender e operacionalizar as políticas de humanização na saúde resolvi fundamentar meu trabalho na questão da humanização. Sendo assim, o meu tema: (Humanização do atendimento e das relações no Âmbito da Saúde Pública), busca compreender esse processo transitório da gestão da unidade e da participação dos atores envolvidos na produção de saúde. Os capítulos estarão dispostos de forma a trazer o aspecto histórico dos modelos assistenciais, assim chamados de Sistema de Saúde, a temática da Humanização dos serviços, a intersubjetividade (produção de subjetividade) dos sujeitos e suas relações para com o mundo e para com o outro. Ainda sim a participação dos atores do processo na conversão de modelos e de cultura, fechando com a pesquisa de campo para avaliar a inserção deste sujeito no serviço, sua satisfação para com o atendimento e sua relação “existencial” com os profissionais de saúde.

“A saúde é direito de todos e dever do estado” Essa é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto resultado e início de um outro processo. Em 1988, votamos à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade (PASSOS, 1991).

Onde o sujeito possa se apropriar da promoção de sua saúde, e de sua vida.

Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito a saúde. “Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras

respostas, mas também problema que persistem sem solução, impondo urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos”.(BRASIL, 2006).

Especialmente num País como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com varias lacunas. A esse quadro acrescenta-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento no processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários.(BRASIL, 2006).

Um dos aspectos que mais tem chamado à atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda pratica de saúde supõe. Ligando a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o profissional de seu próprio processo de trabalho.

O cenário indica, então, a necessidade de mudança. Mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão, modelo este que valorize a inclusão do sujeito nos processos decisórios da instituição, com gestão participativa em todos os níveis.

Tais modelos de gestão, burocratizados, geram como sintoma a queixa, que toma um aspecto cultura que não valoriza a inclusão dos vários segmentos da sociedade na produção conjunta de saúde, ferindo o ser humano individualmente justamente aquele, que seria o agente da mudança. A humanização, a qual tanto se fala, e se cogita, prevê uma nova visão do atendimento ao paciente e aos demais profissionais. Para que isso ocorra é necessário que se compreenda o diferente, a subjetividade do individuo, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde.

No capítulo 1 abordaremos o Sistema de Saúde (público), no capítulo 2, a Política Nacional de Humanização, no capítulo 3 Atores do Processo (usuários, gestores e profissionais), no capítulo 4 Cultura da “Queixa”, no capítulo 5 A mudança, no capítulo 6 Políticas Públicas, no capítulo 7 Pesquisa de campo, e no capítulo 8 Considerações Finais.

CAPITULO 1: SISTEMA DE SAÚDE

Para iniciarmos os desdobramentos realizados em nosso sistema de saúde, será feito um aparato histórico para expor a cronologia do processo que vem ocorrendo até os dias atuais. Este breve histórico é necessário para que se possa ter uma visão global dos fatos ocorridos. A saúde, conhecida como “pública” sofreu varias “reformas” sanitárias para poder atender a toda população.

Inicialmente, na década de 20, onde só havia o atendimento publico a quem contribuía para as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), a assistência medica era curativa. As pessoas que não podiam contribuir eram “encaminhadas” a entidades filantrópicas para obter o atendimento, ressaltando que este era oferecido como “caridade” às pessoas. Havia também a assistência medica particular da quais poucas pessoas se utilizavam, pelo alto custo das consultas.

Passado anos, o serviço médico público vigorou para os trabalhadores que possuíam carteira assinada e que da mesma forma, contribuíam.

O modelo “médico assistencialista” teve como base o processo de urbanização e industrialização que ocorreu no Brasil a partir dos anos 20 e 30. Desenvolvido como componente do sistema previdenciário, esse sistema tinha como clientes os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Atendia, basicamente, somente o que a auto-avaliação da clientela definia como problema. Diz-se, por isso, que, nesse modelo, as atividades de prevenção eram preteridas em função das atividades, meramente curativas.

Alguns destes fatores são responsável pela não evolução dos serviços em saúde, como a priorização da pratica medica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento das ações prevenção de agravos e promoção da saúde e a Desarticulação das ações dentre os níveis de governo.

Na prática, esse modelo resultava na busca de atendimento tido nos hospitais, geralmente localizados nos grandes centros urbanos, que ficavam sobrecarregados, sem capacidade de priorizar os usuários com problemas que realmente necessitavam de atenção hospitalar, uma vez que as pessoas não encontravam para seus problemas, soluções, nos centros e postos de saúde.

Entende-se por “modelo assistencial” o modo como estão organizadas e combinadas as diversas formas de intervenção no processo saúde – doença. Não se pode dizer que exista um modelo ideal, mas sim um modelo mais adequado a cada tipo de sociedade.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde recomendava que a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deveria resultar na criação de um “Sistema Único de Saúde”, com comando único em cada esfera de governo, considerando que as atribuições de cada nível de governo, devem ter por fundamento o caráter federativo da nova República, de modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus Municípios. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve, neste sentido reforçar o poder político, administrativo e financeiro dos Estados e Municípios.(WILKEN, 2005).

O novo modelo proposto, legitimado pelo SUS - “o modelo integrado” - implica mudanças organizacionais (descentralização, hierarquia), uma nova compreensão do processo saúde – doença e a redefinição do vínculo entre os serviços e os usuários. A saúde passa a ser vista não mais pela sua definição negativa, de ausência de doença, mas de uma forma positiva, com qualidade de vida. O novo modelo considera também a importância das intervenções sobre o meio ambiente na tentativa de agir sobre fatores determinantes a situação sanitária do País.

Outro aspecto de fundamental importância nessa proposta de gestão é a criação e sustentação permanentes de espaços de comunicação que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a tomada de decisões coletiva.(BRASIL, 2002).

Desencadeado esse processo, as instituições de saúde, através da voz dos usuários, profissionais e gestores, assumem a direção da construção de sua identidade e do seu projeto. Tal tarefa exige autonomia, liberdade e responsabilidade. Em contrapartida, oferece a possibilidade de reconstrução dos serviços de saúde.

A partir da Constituição de 1988, a competência para cuidar da saúde deixa de ser hegemônica da União e começam a acontecer, então, as grandes mudanças estruturais anteriormente propostas na área da saúde, sendo um direito social do qual o Estado deve prestar assistência a todo cidadão. A saúde visa agora o coletivo, e não mais os indivíduos. Dessa forma, passam a se definir melhor as competências e, particularmente, inicia-se o processo de descentralização. (WILKEN, 2005).

A rede de assistência do SUS, conforme descrito na constituição de 1988, deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência. No processo de regionalização, a divisão do território estadual é feita tendo como base as características locais, a situação de saúde da população, a oferta e o acesso aos serviços. Isto requer do poder público, no âmbito estadual, o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder as diferentes demandas de saúde em seus vários níveis e etapas do processo de assistência.

Esta rede de centrais vem possibilitar um acesso mais ágil e democrático da população, poupando assim o usuário do SUS da peregrinação por diferentes municípios e hospitais na busca de um melhor atendimento, garantindo o acesso dos pacientes e otimizando os recursos disponíveis no SUS.

Em 1990, a lei nº 8.080 de 19/09- Lei Orgânica da Saúde – e a lei nº 8.142 de 28/12 regulamentam as determinações da constituição e consagram os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atuação. (WILKEN, 2005).

Sendo assim, o direito a saúde significa a garantia, pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, a todos os habitantes do território nacional. O eixo norteador de todo o processo transitório do sistema perpassa pelos Municípios e diretrizes que regem agora o novo modelo do atendimento médico no Brasil.

Chegamos ao século XXI, e percebemos que as conquistas obtidas no passado não evoluíram com o passar do tempo, pois o que vemos hoje é a precarização total dos serviços de saúde pela não efetivação das relações de trabalho, e a falta de estímulo para o profissional. Apesar dos direitos que os usuários possuem como um atendimento digno, atencioso e respeitoso, que a política de humanização prega, e que a constituição assegura, continua-se negligenciando essa complexidade ao focar a doença e desconsiderar o valor da experiência subjetiva do paciente, contribuindo para diminuição da qualidade dos serviços prestados pela falta de informação nas unidades, cabendo lembrar que a democratização das informações, visando permitir maior controle social sobre as ações em saúde, é uma das propostas levantadas pela Reforma Sanitária no País.

Em face do descompromisso continuado dos dirigentes com saúde, torna-se compreensível, assim, que esta seja a visão dos usuários. Levando a frente os direitos dos usuários, fala-se em cidadania e controle social em saúde, conceitos fortemente vinculados ao processo de conscientização da saúde como um direito que deve ser reivindicado, reconhecido e protegido. Isso ocorre pelo fato que a população não tem acesso nem mesmo ao que se passa na organização interna do serviço.

A respeito dos avanços obtidos no plano legal, a realidade dos serviços oferecidos à população em muito se distancia da garantia do direito à saúde, tão almejada em nosso país.

Apesar das contradições, o SUS foi criado em um modelo onde à população deve participar, manifestando seus direitos, das decisões sobre as políticas de saúde garantindo, assim que o atendimento seja de acordo com suas necessidades. Mas o que sabemos da rede de serviços do SUS? Ela funciona? Como é a realidade das unidades básicas de saúde? Qual e a reta guarda com que o hospital conta na hora de dar alta ou encaminhar um paciente para controle ou tratamento posterior?

Todas estas dúvidas e problemas são muitos freqüentes nos hospitais. Por isso, a preocupação do Humaniza Sus. A proposta da política é ajudar a estabelecer formas de cuidado humanizado, tanto para os usuários quanto para os profissionais. Convém observar que é muito difícil oferecer o que não se tem. Desenvolver padrões de cuidados humanizados para os usuários requer formas de relações institucionais humanizadas também entre profissionais e chefias, com formações e responsabilidades diferentes.

Essas questões tocam nos aspectos cruciais da assistência e do funcionamento da organização de saúde. Tomadas em seu conjunto, elas representam o início do processo de humanização no hospital. É impossível pensar em humanização sem levar todos esses fatores em conta: a qualidade técnica e democrática da gerência e do processo de trabalho, a funcionalidade e o conforto dos espaços físicos, a capacidade de acolhimento, o respeito às diferenças a aos saberes populares, a eficiência e o aspecto democrático do sistema de saúde, seu acesso universal, sua equidade, sua complexidade e sua proximidade real das pessoas e da sociedade.

CAPÍTULO 2: POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Do ponto de vista histórico, a humanização nos serviços de saúde, surgiu pelas freqüentes queixas dos usuários em relação ao atendimento recebido nas unidades de saúde.

O projeto chamado de “humanização” – um conjunto de desejos que virou conceito, nasceu vinculado à saúde da mulher, mais especificamente aos programas de humanização do parto, como reivindicação dos movimentos sociais.(REVISTA, 2005).

Assim, foi ampliado, ganhou operacionalidade e se tornou política nacional.

Esta constatação foi identificada pelo numero significativo de queixas dos usuários em relação ao atendimento recebido nas unidades de saúde.

Em 2000, com a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), virou política de governo e deixou de estar restrita a programas específicos, mas manteve o foco na atenção (tanto nos hospitais como nos usuários). Depois passou a se chamar Humaniza Sus, uma política que se pretende transversal, que reconhece as particularidades de saúde de cada usuário, incluindo o contexto socioeconômico em que ele vive e que buscaram em experiências bem sucedidas “conceitos” mais ampliados de humanização, que envolve a gestão, e todos os atores envolvidos.(REVISTA, 2005).

Entende-se por política transversal o conjunto de princípios e parâmetros que produzem ações nas diversas praticas de saúde. Essas praticas são caracterizadas por uma construção coletiva capaz de ir além dos diferentes núcleos de saber e de poder que atuam na produção da saúde, desta forma devem traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção

de saúde produção de sujeitos, oferecer um eixo articulador das práticas em saúde destacando o aspecto subjetivo nelas presentes, Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores/profissionais da saúde e usuários.

O PNHAH nasceu de uma iniciativa estratégica do Ministério da Saúde: buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do Sistema de Saúde – SUS.

Chama-se de transversal (Guattari, 1981) o grau de abertura que garante as práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados.

De acordo com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH (vinculado ao Ministério da Saúde o eixo norteador do processo de humanização para os serviços de saúde prevê que um dos objetivos a serem alcançados é a mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil) (BRASIL, 2002).

Humanizar a assistência hospitalar é dar lugar não só a palavra do usuário, como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. Cabe a esta rede promover ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da valorização do conhecimento e do respeito mútuo. Desta forma, a humanização valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, profissionais e gestores, estabelecem vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, propiciam a autonomia e o protagonismo desses sujeitos e

alteram os modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Com isso, a humanização se operacionaliza, com a construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos, à troca e a construção de saberes, a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde, o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instancias.(PASSOS, 2006).

Segundo (OSHIRO: 1988), a participação dos indivíduos nos grupos e comunidades, através da cooperação e da solidariedade é a base para se alcançar o “bem comum”, o atendimento humanizado que satisfaça profissional e usuário. “Assim a ajuda mutua leva a identificação dos problemas e a busca de soluções”.

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde.

Uma das metas-objetivo é divulgar em todas as instancias do sistema, principalmente entre usuários, as marcas da PNH, que todo usuário tem direito de saber quais são os profissionais que o atendem, redução de fila com acolhimento e avaliação de risco, todo o usuário tem o direito a ter um acompanhante nas internações e consultas, Usuário, trabalhadores e profissionais tem o direito de participar da gestão dos serviços. (PASSOS, 2006).

Dentro de todo processo construtivo do programa conceitos como acolhimento, vínculo e integridade davam à idéia de que o centro das preocupações da saúde deve ser o sujeito. Assim, a humanização do cuidado trata da valorização da vida, do respeito ao outro e de suas diferenças. “Os serviços tornam-se desumanizantes pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade”.(BRASIL, 2002).

Neste sentido, em 2004 foi criado o Premio Davis Capistrano que recebeu num período de dois meses 671 inscrições de experiências criativas e inovadoras no campo da saúde pública. Este prêmio foi à oportunidade para a divulgação de iniciativas, com a significativa participação de usuários, trabalhadores e gestores, que apontavam para a construção de um SUS humanizado. Este panorama nacional do SUS, que o prêmio deu destaque, já vinha sendo acompanhado por consultores e técnicos da PNH.(BENEVIDES & PASSOS, 2005).

Por um lado, os usuários, por reivindicarem o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais, por lutarem por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos as propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alteração que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos. “Sem dúvida, há um processo de burocratização e, em muitos casos, até mesmo de embrutecimento das relações interpessoais no SUS, quer sejam relação entre profissionais, quer seja destes com os usuários”.(CAMPOS, 2005).

Realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das práticas de saúde. Apostar numa Política Nacional de Humanização de Humanização do SUS e definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. E a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alterada.

A Humanização, considerando-a nesta perspectiva, é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. Uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/ doença/ intervenção com os novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história de

vida. O trabalho na saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem a participação ativa dos usuários, nem há saber técnico que realize por si só este tipo de integração.

A participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instancias formalizadas para o controle social. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia das unidades de atenção do SUS, nas quais a participação ainda é pequena. Mesmo os trabalhadores e profissionais de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizada e pouco participativa no sistema de saúde.

Conforme (Campos, 2000): “Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõe na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num Serviço de saúde sem que se altere também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação”.

O maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços que presta à população em termos de eficácia e produção de saúde.

A humanização depende ainda de mudança das pessoas, da ênfase em valores ligados a defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicar com clareza a responsabilidade sanitária, é um instrumento poderoso para a mudança. Na realidade, a construção de organizações

que estimulem os operadores a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais se devem compor, é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência.

Implementado, o desafio do Programa de humaniza SUS era por em prática tudo o que no documento oficial fazia com que a saúde fizesse jus à sua descrição na constituição.

Segundo (FOUCAULT, 1997,1979; ROSEN, 1979, apud DESLANDES; 2004) o hospital moderno teve como marco histórico de sua constituição organizacional impor aos “pacientes” o isolamento, a despersonalização, a submissão disciplinar de seus corpos (e subjetividade) a procedimentos e decisões que se quer compreende.

A forma com a qual se trata o “doente”, que em nome da rigorosa prática científica aparta-o do seu convívio familiar e social e não lhe reconhece discernimento ou competência para tomada de decisões, constituiu por muito tempo a cultura organizacional hospitalar.

A proposta de humanização ao sugerir a substituição das formas de violência simbólica, constituinte do modelo de assistência hospitalar por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre os usuários, profissionais e gestores, busca instituir uma nova cultura, da qual, o sujeito, possa expressar sua subjetividade e encontrar no outro, médico, a diferença como instrumento da partilha de saberes.

A humanização, como política que atravessam todas as instancias do SUS, pretende atuar na descentralização, isto é, na autonomia da gestão da rede de serviços, de maneira a integrar os processos de trabalho a as relações entre os

diferentes profissionais. Para tanto, cabe às equipes prepararem-se para lidar com a dimensão subjetiva nas praticas do cotidiano profissional.

Esta postura proporciona a construção de autonomia, capacidade de realização e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, responsabilidade conjunta desses sujeitos nas praticas de atenção e de gestão.(PASSOS, 2006).

A grande resistência à adesão total do programa se dá por parte dos profissionais de saúde, pois ninguém molda modelos sem mudar quem faz, partindo desse pressuposto é que os usuários emanam desânimo, desamparo e descrédito para com o atual sistema.

Em relação aos usuários, estes esperam dos serviços mais do que um conjunto de cuidados dirigidos ao corpo “biológico”. “Os serviços de saúde parecem cumprir muitas funções e a relação médico-paciente sobressai como elemento mais destacado nos julgamentos da qualidade do atendimento”.(BOSI & AFFONSO, 1998).

Esse pressuposto, evidência que a humanização da saúde põe em destaque o respeito, a diferença e a centralidade do diálogo, mecanismo fundamental para resgatar as relações destes sujeitos que por manterem o contato direto como sofrimento humano, principalmente nos serviços, se afastam e não interagem. Fator importante que precariza o atendimento é que os processos de trabalho no Sus dependem em parte, de questões como afinidade com o trabalho que também dependem das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido. Por outro lado, o programa também é falho a medidas que problemas antigos, como a redução das filas e do tempo de espera não forma superados com o Humaniza Sus.

Finalizando, a estratégia de um sistema mais humano, sem descartar o conhecimento técnico do profissional, deixa aqui registrada o que de mais importante à política preconiza: a mudança de cultura no atendimento: PNHAH “Entendido assim, humanizar é garantir a palavra a sua dignidade ética...” Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir do diálogo com nossos semelhantes.

Missão de todos, poderes constituídos e profissionais de saúde, será, portanto, reconhecer o paciente como sujeito e não como objeto da atenção médica, o que nos impõe melhor compreender não somente as ações cotidianas de qualquer unidade de saúde. Procura-se realçar a importância e a necessidade da dimensão humana no cuidado da dor e sofrimento humanos no âmbito da saúde, especificamente no hospital.

O hospital reflete essa problemática como que um espelho, o que de pior e de melhor acontece na nossa sociedade desumanizada e desumanizante. A humanização desta instituição passa, obrigatoriamente, também pela humanização deste universo maior condicionante da sociedade.

A política visa à reorganização do processo de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvam trabalhadores e gestores; busca-se a implementação de instancias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe e a democratização dos processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, profissionais e usuários.

No tocante ao cuidado digno da dor e sofrimento humanos, o sistema de saúde brasileiro ainda está numa fase rudimentar. Há muito que se fazer em termos

de operacionalização de políticas públicas relacionadas com a questão, bem como intervir no aparelho formador de profissionais para criar uma nova cultura.

Dentre as ferramentas utilizadas pelo Humaniza SUS, propiciar um atendimento resolutivo, com qualidade e acolhedor, este ultimo pressupõe a criação de *espaços de encontros entre os sujeitos*. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuário e profissionais – equipes – e entre os próprios usuários.

Desse modo, é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde, o que implica, uma postura de escuta e compromisso em fornecer respostas às necessidades de saúde pelo usuário, que inclui sua cultura, saberes e capacidade de avaliar os riscos, melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada, mudança de objetivo da doença para o sujeito. Uma postura acolhedora implica estar atenta a diversidade cultural, racial e ética. (PASSOS, 2006).

Se o desafio é humanizar a atenção e a gestão do SUS, o desafio é também criar instrumentos para que a clínica (atenção) e a gestão possa ser pensada inseparavelmente. “Uma pratica muito comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos sujeitos a um recorte diagnostico, a sua doença” (PASSOS, 2006). Este desafio de lidar com os sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico que depende o sucesso do tratamento. “Mas ajudar a usuários e profissionais a lidar com a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade significa ajuda-los a trabalhar em equipe”

(PASSOS, 2006). É na interação que os diferentes sujeitos da equipe valorizam suas diferenças.

CAPÍTULO 3: ATORES DO PROCESSO

“A eficácia do Sistema de Saúde está fortemente ligada à qualidade do relacionamento humano estabelecido entre os profissionais e os usuários no processo de atendimento hospitalar” (BRASIL, 2002). Estes são os atores, os protagonistas na busca da mudança nos serviços de saúde públicos. Cada um com sua responsabilidade para que se possa humanizar a Saúde Pública.

Além das características comuns aos seres vivos, o homem possui a capacidade especial de pensar, o que lhe permite não apenas conviver com a realidade, como também conhecê-la. Conhecer a realidade significa compreendê-la e explicá-la. A realidade da qual falamos aborda a contradição a qual os usuários estão inseridos. “Estes não distinguem unidades de cuidados básicos de hospitais, ou outras estruturas mais complexas dos serviços”.(BOSI & AFFONSO, 1998) Por isso percorrem desde um posto médico até um hospital, sem saber onde realmente deveriam ser atendidos, ou ao menos ter o atendimento básico. Essa total desinformação leva as pessoas a uma verdadeira peregrinação em busca do atendimento adequado para cada caso, causando verdadeiro caos nos serviços e as crescentes “rixas”, por não compreenderem que muitas vezes a procura pelos serviços é maior do que a quantidade de profissionais para se realizar o atendimento, desta forma os usuários interpretam como negligência, esta realidade à que o sistema passa.

Essas situações são decorrentes do desencontro de idéias e diferentes modos de pensar entre o usuário e o profissional. “A medicina, como toda prática inserida no contexto histórico-social teria passado pela universalização de seus atos, tendo como objetivo de sua ciência o” doente “que, nesta nova condição, perdeu

suas diferenças sociais para ser objeto do saber reconhecido cientificamente” (CAPRARA & FRANCO, 1999).

Saber este, que é apoiado pelo uso extremo da medicina técnica em detrimento do ser humano que ali se encontra, detentor de sua vida, saúde, emoções, que precisam ter suas subjetividades resgatadas, para que possam se ver e sentirem-se presentes e participantes da rotina hospitalar.

Vale fazer aqui uma ressalva: é impressionante a dificuldade que o ser humano tem de ouvir no sentido de realmente escutar.”Ouvimos, mas na verdade não escutamos, o outro, ouvimos o que ele tem a dizer, mas não o que ele quer nos transmitir emocionalmente” (GAUDERER, 1991). Mas o objetivo aqui é enaltecer o respeito ao outro como um ser autônomo e digno, protagonista nas ações referentes à sua saúde. E preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo.

Esta singularidade de um ser para o outro, que o devia diferenciá-lo, não é visto e muito menos reconhecido. É fundamental que se construam sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde. É importante partir do conhecimento e experiência que as pessoas têm e permitir a troca de idéias. O ato médico, extremamente normativo extingue qualquer possibilidade de melhoramento, pois a mudança gera a visão negativa do processo. As pessoas não resistem às mudanças, resistem a serem mudadas.”O cotidiano enquanto experiência de vida torna-se fundamental à localização de elementos através dos quais os atores sociais constroem suas percepções, ao mesmo tempo em que representa um espaço de luta e poder”.(BOSI & AFFONSO, 1998). Esse espaço não deve ser alternativo, e sim existencial para que a essência humana

possa ser desvendada pelas relações pessoais. É imprescindível para a saúde o desenvolvimento de relações igualitárias entre homens e mulheres, pois as desigualdades, de um modo geral, são fatores de vulnerabilidade para diversos agravos a saúde.

A desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica também uma série de consequências negativas para o relacionamento profissional - usuário. De fato, essa relação está quase sempre alicerçada na crença de que é somente o profissional de saúde, e não (ou também) o próprio usuário, que sabe a respeito do seu estado de saúde. A comunicação entre esses tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e conseqüentemente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente.

Partindo desse pressuposto, não há como haver projeto de Humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições. Envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral em frente ao poder a autoridade do saber e das práticas sanitárias.

“Portanto, mais do que um desconhecimento dos direitos, a população apresenta uma sensação de resignação, de submissão, embora se possa identificar na sua fala a percepção que a realidade deveria ser diferente, tendo em vista seus direitos”.(BOSI & AFFONSO, 1998). Pelas várias alusões à questão da participação no enfrentamento das questões relativas à saúde, dentre outras esferas, torna-se claro que participar tem como principal objetivo ser ajudado. Há uma forte descrença por parte dos usuários, para com seus representantes.

Ao lado disto, problemas com acesso aos serviços, à demora dos exames, além da incapacidade ao setor em responder a uma série de outras demandas, acarretam consequências importantes na saúde da população, cujas respostas são abandono do tratamento entre outras medidas. Por outro lado, na ausência de canais de participação efetiva, mesmo que a população queira, torna-se muito difícil reivindicar, sobretudo num contexto em que mesmo o segmento social mais fortemente organizado defronta-se com obstáculos excepcionais para levar a frente sua demanda.

A participação da sociedade por meio dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde tem um papel importante: conferir maior visibilidade às decisões dos gestores. A criação de conselhos gestores em todos os serviços de saúde integrantes do SUS amplia o controle e a participação social. (BRASIL, 2002).

Neste momento é imprescindível a atuação do gestor, como interventor no sistema e idealizador das políticas em prol dos serviços. O gestor deve estar comprometido juntamente com os usuários e os profissionais de saúde, para que o atendimento possa valorizar a vida humana e propiciar o convívio social entre os usuários e a unidade.

O lugar do usuário nos serviços e sistema de saúde, sobretudo no que se refere a sua condição de sujeito, será ressaltado com as noções de humanização, cujo foco é a dimensão humana, individual e ética do atendimento e a de direitos do paciente, cujo foco é a dimensão da cidadania.(VAITSMAN & ANDRADE, 2005).

Tanto profissional quanto usuário, individual ou coletivamente, transferem afeto. É necessário aprender a prestar atenção nestes fluxos de afeto para melhor compreender-se o outro e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela.(PASSOS, 2006).

É essencial na relação médico - paciente, o contato, a transparência, a compreensão, o apoio mútuo, o carinho e o respeito pelo sofrimento próprio e do outro aproximam e humanizam o ser humano. Uma relação interpessoal saudável é, em essência, o respeito e o carinho pelo outro e suas relações. Esta é a nova relação médico – paciente. Uma relação humana, aberta, democrática, flexível de respeito e responsabilidades recíprocas. Cresce com isso o paciente, que passa a ter uma atuação mais direta sobre a sua doença, compartilhando e dividindo responsabilidades. O paciente sai da posição de objeto, e torna-se um indivíduo cidadão, capaz de julgar e opinar conscientemente.

Quanto maiores forem à integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores das diversas instancias do sistema de saúde, maior será a possibilidade de eficácia no atendimento da população.

É preciso que se estimulem a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços. Capacitar os profissionais dos hospitais públicos para o novo conceito de atenção à saúde, que valoriza não só a integralidade dos processos de atendimento o estilo de vida do paciente, a subjetividade e a cidadania.

No momento em que o país assume direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir realizando sua tarefa primaria de produção de saúde e de sujeitos, de modo sintonizado com o combate á fome e a miséria social.

CAPÍTULO 4: CULTURA DA “QUEIXA”

Para tratarmos do processo cultural de atendimento brasileiro em relação à saúde da população, onde esta está inserida e onde suas subjetividades são expressas em seu grupo social, veremos primeiramente seu significado e sua abrangência. A cultura, aqui será compreendida como um: conjunto de conhecimentos adquiridos em determinado campo, que são transmitidos coletivamente e típicos de uma sociedade.

O modelo assistencial brasileiro tradicional é centrado em prescrições médicas e na produção de procedimentos que utiliza instrumentos tecnológicos e medicamentos como principal recurso diagnóstico - por não haver articulações entre gestor e profissionais, portanto preconiza um modelo político - econômico predominantemente excludente, por não incluir estes sujeitos nas tomadas de decisão da instituição. Por esta razão, é que a população cansada de ser colocada de lado nos hospitais, enxerga como única saída, a *queixa* em relação ao atendimento recebido. Estas queixas não são apenas questionamentos do serviço prestado, como o atendimento técnico em si, é o sofrimento vivo que o ser humano expressa no momento de fragilidade e fraqueza, onde não se encontra ao menos a dignidade do homem.

De acordo com (GAUDERER: 1991), não é fácil ser paciente! A pessoa se sente exposta, agredida fisicamente e emocionalmente, não só pela doença como também pelo profissional de saúde, que apalpa, aperta, injeta, corta, subtrai esperanças, cria restrições e dita normas. A pessoa doente sente inquietações, angustias, medos, frustrações, inseguranças, inferioridades, incapacidades, raivas ou outras emoções.

Então o que vem a ser humanizar? Humanizar é garantir a palavra a sua dignidade. Ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa seja, reconhecido pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça, do outro, palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do dialogo com nossos semelhantes.(BRASIL, 2002).

A população ainda possui enraizada em sua cultura, que o acesso à saúde é um "favor" do qual o profissional lhe oferece. Esta visão reduzida do conceito de saúde aliada à suposta "bondade" com a qual estas pessoas são tratadas nos hospitais, as mantém afastadas de toda e qualquer possibilidade de interação com as equipes profissionais.É necessário que a população tome consciência de seus direitos, o que lhes é resguardado na constituição, para que assim tornem-se sujeitos ativos neste processo de mudança.

Este modelo de atenção centrado na relação *queixa-conduta*, ou seja, a queixa é o que determina o procedimento e não o olhar integral ao sujeito. Os fatores emocionais do sujeito não podem ser deixados de lado no atendimento à saúde. O atendimento deve levar tudo isso em conta, e não somente a queixa do momento, porque essa queixa pode ser apenas um dos problemas. Este "*sintoma*" - *queixa* demonstra o quanto os usuários estão fora do sistema, da realidade a qual a instituição se encontra, e por pior que esta situação possa parecer, existe a inda o agravo de se ver apenas o corpo doente da pessoa, e não ela como um todo.

O fato de a cultura estar relacionada ao mecanismo da queixa é que ela perpassa gerações dentro de uma sociedade, torna-se difícil julgar a pessoa por sua atitude abstintiva em busca da mudança. Aqui é onde tudo começa e tudo termina. Ou se tem a visão objetiva dos problemas e tenta-se solucioná-los ou mantem-se

apáticos e perplexos á estes problemas. A cultura é algo permanente, porem mutável no individuo, desta forma ele possui e adquire ao mesmo tempo, comportamentos, percepções e atitudes para com o mundo e as pessoas. Para mudar a forma com a qual a pessoa se vê, se reconhece, e conhece o outro, é necessário que esta atitude parta do próprio, e não de outra pessoa. O ser humano tem que, querer mudar para assim poder transformar os outros e poder mostrar-lhes o quanto, juntos podem somar para a melhora dos serviços de saúde.

O Brasil por ser um País com desigualdades sociais, torna ainda mais perversa, à situação da saúde publica Brasileira, por não possibilitar o acesso destas pessoas aos mínimos direitos de saúde e principalmente de cidadania, as quais possuem por direito.È esta cultura de atendimento (prestação de favores) que se mantém na cabeça dos homens, e que fracassa busca pela qualidade e acaba de vez com a expectativa do bom atendimento.

Desta forma, tanto o profissional quanto o usuário devem atuar na conversão da cultura de atendimento para que se preserve a vida e a dignidade humana.

Ciente dos problemas (falta de infra-estrutura, profissionais, etc.), mas alheios ao processo de mudança, esse coletivo (usuários) se acomoda e se alicerça na convicção de que nada pode ser feito e nada será mudado com o modelo assistencial tradicional que, como regra, enfoca a doença e desconsidera a subjetividade do “paciente”, que expõe suas expectativas para com o atendimento, mas se vêem frustrado com o distanciamento de ambos os atores do processo: profissional e usuários. Não é à toa que o “paciente” citado acima diz respeito à condição a qual o usuário se encontra nos serviços de saúde - aquele que espera por um atendimento, de ser paciente, ter que esperar.

Esse desencontro de idéias e diferentes modos de pensar reforçam o que já se é constatado, que a falta de dialogo entre as partes é o fator culminante pelo não reconhecimento pelo não reconhecimento da relação que ali esta. O objetivo da cura ultrapassa a “barreira” do sofrimento do usurário e o naturaliza para esta ação (normatização do atendimento).

Dentre todas as crises que ocorrem no sistema (SUS), de modo geral, os atores confirmam sua impotência para com os problemas, mas não se deve isentá-lo da responsabilidade deste para com o serviço. A partir daí, é que a consciência de uma Política de Humanização vai se estabelecer para acolhê-lo e propiciar uma nova cultura de atendimento a Saúde.

Para nortearmos este processo devemos valorizar a qualidade do atendimento técnico aliado à experiência de vida que o usuário possui. O dialogo como mecanismo de intervenção nestes saberes, através da linguagem compartilhada, onde ambos os atores se reconhecem como “*construtores*” dos novos rumos da Saúde Publica. Esse reconhecimento de subjetividades, se da quando a singularidade de cada individuo, é reconhecido dentro de seu grupo social, onde se promova e ocorra espaços que possibilitem relações existenciais entre estes sujeitos. E através da comunicação que as relações se estabelecem, viabilizando a troca de conhecimento.

O respeito à cultura e às diferenças, constroem espaços de saúde que possuem peculiaridades que se dão pelas rotinas ali estabelecidas tanto pelo usurário e profissional, quanto pelas diferentes redes sociais que acolhem, as diferenças regionais, religiosas e étnicas. Todas elas devem ser preservadas. É preciso considerar a importância de se conhecerem valores e costumes da comunidade em que se esta atuando. Assim, então, constrói-se uma rede

consolidada de sujeitos atuantes, que reconhecem sua importância para o andamento dos serviços e principalmente, reconhecem no outro a mesma responsabilidade que se é necessária para a valorização de todos que participam diretamente ou indiretamente das decisões que são tomadas nas instituições.

CAPÍTULO 5: A MUDANÇA

A mudança da cultura de humanização leva tempo para ser construída, envolve a participação de todos os atores do sistema, e não é fácil de ser mensurada. Este é um processo gradativo que implica na postura do profissional diante do trabalho de grupo e da vida, na transformação do paciente em usuário cidadão, onde seus direitos pautarão as mudanças necessárias para uma cultura mais humanizada. O respeito deve pautar as atitudes e a comunicação tem o papel condutor para viabilizar essa relação de troca. “O processo de humanização dos serviços de saúde nos coloca frente a uma dupla tarefa: refletir sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição/situação, e criar soluções para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades”.(BRASIL, 2002).

Gestores e equipes de profissionais deparam-se, dia a dia, com uma enormidade de tarefas, responsabilidades e compromissos. Mais do que isso tem de atender às necessidades de pessoas que se encontram em situação de fragilidade, dependência, dor e sofrimento, muitas vezes em situações difíceis de trabalho. É justamente a realização dessas duas tarefas – a construção de um espaço coletivo para reflexão sobre a realidade institucional e profissional e a busca de saídas criativas para os desafios encontrados – que poderá facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade do atendimento aos usuários.(BRASIL, 2002).

Propiciar um espaço para aproximar as pessoas, para compartilhar as tensões sofridas no cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as diferenças, os sonhos de mudança, e buscar, através da análise e da negociação, propostas que permitam de fato que as melhorias desejadas aconteçam. “O primeiro passo é a sensibilização dos gestores do SUS para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão voltado para a construção de uma nova cultura organizacional, cultura essa que deve ser pautada pelo respeito e pela cidadania nos agentes envolvidos e nos usuários”.(BRASIL, 2002) A gestão da

saúde voltada para uma nova fase da reforma sanitária, com uma política de inclusão e gestão participativa como descrito nas diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e atenção à saúde.

A construção dessa nova cultura envolve a participação de todos os atores do sistema de saúde e se dá aos poucos, durante o processo de discussão, elaboração, implementação e análise das ações, campanhas e programas. O objetivo aqui é possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar do SUS.

Reconhecer a necessidade de se construir relações entre os 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. Consolidar esses sujeitos ativos no sentido de pensar junto em um sistema de saúde resolutivo e mais humanizado. Esse reconhecimento individual do ser humano como agente da mudança, implica no fato de que a linguagem compartilhada é instrumento de comunicação que leva à promoção e produção da saúde, minimizando os problemas enfrentados, filas, relações conflituosas. Por ambas as partes no processo da mudança: profissional e usuário.

CAPÍTULO 6: POLÍTICAS PÚBLICAS

São ações que visam promover e assegurar o direito social de acesso à saúde para as populações através de sistemas que objetivem a melhoria contínua das condições de assistência à saúde sob todas as suas formas. Para tanto, deve-se delinear, elaborar e implementar um sistema de saúde que seja adequado ao contexto do ambiente em que se encontram as populações a serem atendidas.(WILKEN, 2006).

Percebe-se que ao longo do tempo os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões, e não em objetivos comuns. Na verdade esse tipo de organização não tem garantido que as práticas se complementem, nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos profissionais e de incentivo ao envolvimento dos usuários. “Por isso, a gestão participativa é importante como instrumento valioso na construção dessa mudança, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho”.(PASSOS, 2006).

É um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja o excesso por parte dos diferentes atores e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os profissionais, trabalhadores e usuários.

O grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica

das equipes de trabalho, as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários.

Ação importante na Política de Humanização, os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), que são coletivos organizados, participativos e democráticos, que se destinam 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 em saúde, constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais em cada área da saúde, tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da Humanização/PNH; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento do serviço, promover o trabalho em equipe multi e interprofissional, propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde, estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores da instituição de saúde, a gestão, os usuários, e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do serviço com a comunidade. (PASSOS, 2006.).

Todos podem participar desses grupos: profissionais de saúde, técnicos, funcionários, gestores coordenadores e usuários, ou seja, todos aqueles que estejam implicados na construção de propostas para promover ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, às inter-relações das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das varias instancias do SUS. A participação dos gestores nos GTHs mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano do governo.

I Conferencia Nacional de Ética Medica-
CFM, Rio de Janeiro, 1987.

É Direito do Cidadão:

Art. 1º - Todo ser humano tem direito à atenção medica nos serviços de saúde mantidos pelos governos – federal, estadual e municipal – e na ausência desses

serviços governamentais, e, em caso de urgência / emergência, em qualquer serviço de saúde existente.

Art. 2º - Toda pessoa ou representante legal atendida pelo médico tem assegurado o direito de tomar conhecimento das causas e conseqüências de seus problemas/ doenças, sendo asseguradas ainda às explicações necessárias para a perfeita compreensão destes.

Art. 3º - Toda pessoa tem direito a um atendimento médico condigno tanto em termos de ambiente, duração e de relação interpessoal, resguardando ao paciente a reserva do pudor.

Art. 4º - Todo ser humano tem direito ao acesso às informações que lhe permitam assumir a responsabilidade pela própria vida e das pessoas sob sua responsabilidade.

Art. 5º - Todo ato médico, realizada em instituição pública ou privada, consultório particular ou domicilio, assegura ao paciente a elaboração, pelo médico, de registro desse ato, sejam em prontuário médico, em ficha clínica ou meio equivalente.

*O proprietário desses assentamentos é o paciente, que os deixa sob guarda do médico ou da instituição onde foi atendido.

Art. 6º - É assegurado ao paciente o acesso ao seu prontuário médico, ficha clínica ou similar onde foram feitos os registros bem como às explicações necessárias á sua compreensão, salvo quando isto puder provocar danos ao paciente.

Art. 7º - São assegurados ao paciente os direitos de sigilo sobre seus dados clínicos bem como o de divulgar os dados de seu registro clinico se assim desejar.

Art. 8º - É assegurado a qualquer pessoa o direito de representar junto ao CRM conta o médico que lhe atendeu ou á pessoa sob sua responsabilidade.

Art. 9º - Todo ser humano tem o direito à morte digna.

Art.10º - Todo cidadão tem o direito da livre escolha da sua assistência médica.

Direitos do Paciente Hospitalizado

Segundo a Comissão de Credenciamento de Organizações Hospitalares, 1985.

Todo Paciente tem o direito:

- 1- De receber um atendimento atencioso e respeitoso.
- 2- A dignidade pessoal (inclusive o paciente não deve ser obrigado a ficar despido mais tempo do que o necessário e tem o direito de exigir a presença de outra pessoa do mesmo sexo quando examinado).
- 3- A sigilo ou segredo médico.
- 4- De conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento.
- 5- A informação clara, numa linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico.
- 6- De comunicar-se com pessoas fora do hospital e de ter, quando necessário, um tradutor.
- 7- De recusar tratamento e de ser informado sobre as conseqüências médicas dessa opção.
- 8- De ser informado de projetos de pesquisa referentes ao tratamento, e de se recusar a participar dos mesmos.
- 9- De receber uma explicação completa referente á sua conta hospitalar.

- 10-De reclamar (e a reclamação não deverá ter influencia na qualidade do tratamento).
- 11-De recusar a realização de exames desnecessários (por exemplo, raios x, exames de sangue e urina, etc. executados recentemente).
- 12-De ter acesso a uma segunda e/ ou terceira avaliação.
- 13-De escolher o médico e/ ou especialista dentro do ambiente hospitalar.
- 14-De questionar a medicação prescrita.
- 15-De ter acesso á ficha médica.

CAPÍTULO 7: PESQUISA DE CAMPO

8.1 Metodologia do Estudo

A pesquisa foi realizada a partir da aplicação de questionários entre os usuários das redes de saúde. A disponibilidade das pessoas para respondê-lo e o vínculo com a instituição serão alguns dos critérios.

As respostas foram agrupadas por categorias e analisadas de forma quantitativa. Dentre as categorias, foi selecionado o sexo, a idade, escolaridade, a profissão, que serão imprescindíveis para a obtenção do perfil do usuário. A frequência do usuário na unidade também será computada para que se possa dar veracidade aos dados coletados já que o tempo ao qual o usuário faz do serviço o leva a “avaliar” de maneira mais eficaz a unidade.

Os questionários foram aplicados na cidade do Rio de Janeiro, com usuários da rede Pública de saúde, no período de novembro a dezembro de 2006. Foram aplicados 26 questionários, com usuários, do Hospital Municipal Paulino Werneck, e Hospital Geral de Bonsucesso.

O objetivo desse estudo está em acompanhar as transformações, tanto na mudança na forma de gerir, como o tratamento dado aos usuários pacientes, que ocorrem no setor e apontar as possíveis causas da “resistência” do profissional e do usuário para, juntos, buscarem a resolução do problema. A premissa é a de que a sensibilização do profissional e do usuário produz benefícios no atendimento e propicia um trabalho humanizado.

A entrevista institui um momento especial na construção dos dados. Trata-se de uma forma de interação singular entre pesquisador e interlocutor, mas do que verdades e fatos se constrói um rico material sobre versões, opiniões, descrições peculiares, criadas na interação de dois interlocutores, ou seja, os questionamentos de uma relação. (CHIZZOTTI, 1991).

8.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O trabalho em campo propicia o contato direto, face a face com os sujeitos e com a realidade estudada. Permite múltiplos olhares, abrindo a reflexão a muitas vozes.

No contexto da avaliação, os indicadores são parâmetros quantificados ou qualitativamente elaborados que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo adequadamente conduzidos (avaliação de processos) ou foram alcançados (de resultados). É uma espécie de sinalizadores que buscam expressar sinteticamente um aspecto da realidade (variável). Contudo, nunca dão conta da totalidade do real. No entanto, seu grande valor é possibilitar a construção de meios de verificação dos rumos das mudanças que se quer produzir.

Os itens a serem verificados na Pesquisa de Satisfação dos Usuários, foram: agilidade no agendamento da Consulta, agilidade no Atendimento, acolhimento, confiança e ambiência (Conforto, Limpeza, Sinalização, Ruído).

Estes itens foram decompostos em uma seqüência de perguntas que estão divididas em primárias e secundárias, com objetivo de propiciar um melhor entendimento dos usuários. Entretanto, somente serão utilizadas as perguntas que traduzem a satisfação dos usuários para o cálculo estatístico da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

A participação da população não somente nas instancias formais (representativas), mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, dentro do próprio serviço de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre o serviço e os usuários, e caracterizando uma participação mais

criativa e realizadora para as pessoas. Construção de sujeitos cidadãos implicados na busca por sua qualidade de vida

A partir da análise da real relação entre usuários e os profissionais de saúde, apontar a possibilidade de mudança na produção da subjetividade de ambos, objetivando a prestação de serviços com qualidade. Mapear as necessidades e buscar formas de solução para integração entre as unidades de saúde local, para melhorar a oferta, reorganizando a demanda e oferecendo um atendimento universal com qualidade.

Após a devida análise do questionário, levando em consideração os diversos perfis de pessoas que utilizam o serviço público, a demora para o atendimento, foi apontada com resultados expressivos (73%), o qual se destacou entre os demais, e também como deficiência na unidade (50%). A frequência não obteve grandes variações, permanecendo um espaço curto de tempo, para a volta na unidade. O dado problemático foi em relações ao atendimento dos profissionais, (50%) dos usuários classificaram como regular o atendimento prestado por esses profissionais, enquanto a alternativa (bom), se manteve com (19%).

Outro percentual alto, para a estatística, foi em relação ao atendimento dos demais profissionais. (61,5%) dos usuários, apontaram não estarem satisfeitos com este atendimento, o classificando como regular entre as demais alternativas. Infra-estrutura do hospital foi considerada ruim por (42,3%) dos usuários. Ter um atendimento humanizado foi referido pelos usuários, como ser atendido dignamente com qualidade e respeito, alcançando uma faixa de (38%). O atendimento na recepção obteve (38,5%) e foi considerado ruim pelos usuários. Predominância no período de 1 a 5 anos na frequência do usuário na unidade, tendo como valor (53%). A maioria deste chega entre 6h e 8h da manhã para serem atendidos (30,8%).

O tempo de espera esta sendo de 1 às 2h com percentual de (42,3%). Todos foram atendidos mesmo com a da demora, tendo tido (88,5%) dos resultados. Do total de questionários aplicados, (46,2%) não responderam qual a solução dada pela a unidade após serem atendidos. (38,5%) procuram atendimento para prevenir doenças, em segundo lugar ficou o tratamento de doenças com (30,5).

As maiorias dos entrevistados possuem o ensino médio completo, alcançando índice de (38,5%), e em segundo lugar estão os que possuem ensino superior incompleto com (19,2%), o que demonstra que o cidadão esta buscando qualificação. A faixa etária de idade ficou entre 0 a 20 anos com (34,6%) dos entrevistados, e em segundo de 21 a 41 anos com (26,9%).

Concluimos aqui que o perfil do usuário se contrasta muito com a unidade a qual ele freqüenta e sua moradia. Locais mais humildes tende a possuir pessoas menos informadas, e com escolaridade baixa. Isso influi no comportamento deste usuário, tornando-o apenas mais um queixoso no meio de muitos. Constata-se então que quanto maior for o grau de instrução desses sujeitos, mais ativos serão, e mais conhecedores de seus direitos vão ser, podendo assim reivindicá-los sempre.

CAPÍTULO 8: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que humanizar a assistência significa agregar à eficiência técnica e científica, valores éticos, além do respeito e solidariedade ao ser humano. O planejamento da assistência deve sempre valorizar a vida humana e a cidadania, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo.

Descobrir como as relações profissionais – usuários se estabelecem no interior da unidade de saúde, como são mantidas e reconhecidas, é de suma importância para que se possa atuar de forma eficaz na troca de saberes, já que ocorre desses encontros serem existenciais e não reconhecidos por ambos os atores.

A pesquisa para “medir” a satisfação dos usuários com o atendimento obtido nas unidades de saúde ressalva o que vemos, sabemos, mas que não somos capazes compreender como deficiência em nosso Sistema Público de Saúde. Se por um lado os problemas são muitos, a busca por soluções também vai de encontro a tais problemas. A PNH Humaniza Sus, vem fortalecer os princípios do SUS e “convocar” toda a sociedade a participar das decisões que interferem diretamente em suas vidas.

Responsabilização coletiva é a maneira com a qual todos, usuários, profissionais, trabalhadores e gestores possam estar comprometidos no “resgate” da saúde como “bem” público e social, devendo assim permanecer sob a guarda de todos.

Produzir vida e saúde, em meio à doença, é possível! Dar dignidade ao ser humano em um hospital, respeitando as diferenças entre um e outro também.

Tematizar a humanização da assistência abre, portanto questões fundamentais que podem orientar a construção de políticas de saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Muitos são os desafios que atravessam os nossos desejos de construir uma saúde digna e humanizada para todos os cidadãos, mas compreendemos que pela participação das pessoas, incluindo a perspectiva da humanização em todas as instâncias gestoras, ações efetivas a cada contexto e processo educacional com visão ampla, poderão possibilitar consolidar cada vez mais o SUS humanizado.

Humanização é cuidar! Participe conosco desta construção permanente de um modo de pensar e fazer saúde que promova a vida e possibilite mais inclusão social e equidade.

Desta forma, necessitamos que todos busquem seus direitos, pois caso você não o faça, ninguém o fará por você. Que o atendimento técnico possa valorizar a vida humana, e que sua subjetividade seja valorizada para que se tenha um atendimento íntegro. Que possamos multiplicar os avanços obtidos, e os que ainda estão por vir, e nos unirmos como força resultante, para um sistema universal, igualitário e equivo. Tanto gestores, como usuários e profissionais devem buscar sempre a melhoria dos serviços. Ser humano é se colocar no lugar do outro, ajudar nos momentos de necessidade e se dispor a somar sempre. Nunca foi dito que esta “tarefa” seria fácil, mas compreendemos a urgência de se promover mudanças no atual sistema, para que as relações ali estabelecidas sejam mais humanizadas.

Podemos constatar com os dados obtidos pelos questionários, que precisamos ainda melhorar muito as condições dos serviços de saúde no Brasil. A

demora no atendimento prevaleceu em todos os aspectos. As constantes queixas dos usuários se refletiram nos dados, não sendo este o único problema diagnosticado por nossa pesquisa.

Esperamos ter contribuído positivamente para a elaboração de novas metas e perspectivas para o serviço, de maneira que os usuários sejam escutados e acolhidos nessas unidades, com respeito mútuo e atendimento digno, condizente com sua situação e realidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, R. BPASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo? Interface – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, V.9, Nº17, p.389-394,2005.

BENEVIDES, R. PASSOS,E. A humanização como dimensão publica das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva; 10(3): 561 – 571,2005.

BRASIL.Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP. 1986

BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência á Saúde.PNHAH/MS, Secretaria de Assistência á Saúde-2 ed.revista-Brasilia: MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 11^º Conferencia Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.(Serie Histórica do Conselho Nacional de Saúde: nº2. Serie D. Reuniões e Conferencias).

BOSI, M.L.M & Affonso, k.c.1998. Cidadania, participação popular e Saúde. Com a palavra, os usuários da rede pública de Serviços. Caderno de Saúde Publica.(14): p 355-365, abril – junho, 1998.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida. Interface -comunicação, saúde, educação-São Paulo, V9, nº17, p398-403,2005.

CAMPOS, G.W.S. Um Método para Analise e Co-Gestao de Coletivos: A construção do Sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O método da roda, SP: HUCITEC, 2000.

CAPRARA A & FRANCO.ALS 1999. A relação paciente - medico para uma humanização da pratica medica.Caderno de Saúde Publica.Rio de Janeiro 15(3): p 647-654.Julho – setembro, 1999.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

DESLANDES, Suely F. Análise do Discurso oficial sobre Humanização da assistência hospitalar. Ciênc. Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, (1) p 7 - 14, 2004.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v.9, n.17, p. 401-103, 2005.

Humaniza SUS. Disponível em<www.saude.gov.br/humanizasus>.Acesso em 09 de dezembro de 2005/2006

GUATARRI, F. Transversalidade, in: GUATARRI, F. Revolução Molecular: Pulsões Políticas do Desejo.SP, Brasiliense, 1981, p.88-105.

GAUDERER, E.CHRISTIAN. Os direitos do Paciente: um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record, 1991.

LOURAU R. Analise Institucional e Praticas de Pesquisa: Editora UFRJ. 1993

MINAYO, MARIA CECILIA DE SOUZA.Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais./Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo,

Simone Gonçalves de Assis e Edinilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244p.

OSHIRO, J.H. Educação para a Saúde nas Instituições de Saúde Pública, Dissertação de Mestrado, PUC, São Paulo, 1998.

PASSOS, Eduardo. Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 2º v.

Portal Humaniza. Disponível em <www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=119>. Acesso em 21 de outubro de 2006.

Portal Humaniza. Disponível em <www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=87>. Acesso em 31 de outubro de 2006.

PUCCINI, Paulo de Tarso & CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos Serviços e o direito à Saúde. Caderno Saúde Pública, Set. /Out. 2004, vol.20, nº. 5, p.1342-1353.

RET – SUS, Revista. Ano I – nº. 6, março 2005.

SILVA, CLAUDIA OSORIO DA. Vida de Hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da Saúde. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP, Fundação Oswaldo Cruz. 2002. 128p

SILVA MJP 2002. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. Bioética 10(2): 73-88

Simpósio: Humanização no atendimento á saúde. Disponível em <www.portalmedico.org.br/revista/bio10v2.htm> acesso em 26/06/2006.

TRAVERSO-YEPES, MARTHA & MORAIS, NORMANDA ARAUJO de. Reivindicando a Subjetividade dos usuários da rede básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. Caderno de Saúde Publica, Jan. /Fev.2004, vol.20.Nº. 1, p.80-88.

VAITSMAN, JENI; ANDRADE, GABRIELA.R.B. Satisfação e Responsividade: Formas de medir a qualidade e a humanização da assistência á saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 10(3): 599 – 613,2005

VIANA, REJANE VIEIRA. A Humanização no Atendimento á Saúde: Construindo uma nova Cultura. Dissertação de Mestrado -RJ ENSP, Fiocruz, 2004,122p.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e Subjetividade na Avaliação de programas e serviços em Saúde. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002.

WILKEN, Paulo Roberto Coelho. Política de Saúde no Brasil – O Sistema Único de Saúde (SUS): uma realidade em construção. 1º edição – Rio de Janeiro, maio de 2005.H.P. Comunicação Associados; 208p.

ANEXOS

11.1 ANEXO 1

Pesquisa de Satisfação do Usuário

I – IDENTIFICAÇÃO

LOCAL DA ENTREVISTA:

Bairro:

IDADE:

Sexo: () masculino () feminino

Escolaridade: () analfabeto
 () fundamental incompleto
 () fundamental completo
 () ensino médio incompleto
 () ensino médio completo
 () superior incompleto
 () superior completo

II – QUESTÕES

1. Você procura esta unidade por quê?

- () Problema de emergência
 () Marcação de consulta
 () Prevenção de doença (vacinação; preventivo; etc.).
 () Tratamento de doença
 () Outros. Quais:

2. Você conseguiu ser atendido hoje?

- () Sim () Não

A solução dada pela unidade foi:

- () Encaminhou para outra unidade de saúde
 () Marcou a consulta para outro dia
 () Mandou retornar outro dia, mas sem nenhuma solução.
 () Outras. Quais:

3. Qual o tempo de espera para você ser atendido

- () Menos de 15 minutos
 () Entre 15 e 30 minutos
 () De 30 minutos a 1 hora () De 1 hora a 2 horas
 () Mais que 2 horas

4. À que horas você chegou para conseguir atendimento:

- () Desde ontem
 () Entre 4H e 6H
 () Entre 6H e 8H
 () Depois das 8h e entrou na fila da recepção
 () Foi atendido na recepção imediatamente
 () Outras. A que horas?

5. Há quanto tempo você utiliza esta Unidade de Saúde:

-) Primeira vez
-) De 1 a 5 anos
-) De 6 a 10 anos
-) De 11 a 15 anos
-) mais de 15 anos

6. Você está vindo a esta Unidade com que freqüência:

-) Uma vez por semana
-) Uma vez por mês
-) De três em três meses
-) De seis em seis meses
-) (uma vez por ano)

Outras:

7. O que você achou do atendimento na recepção? (Informações; abertura de prontuário; etc.)?

-) Péssimo
-) Ruim
-) Regular
-) Bom
-) Ótimo / Excelente

8. Em relação ao atendimento dos profissionais, você considera o atendimento:

-) Péssimo
-) Ruim
-) Regular
-) Bom
-) Ótimo / Excelente

9. Qual o grau de satisfação em relação ao atendimento dos demais profissionais de saúde desta Unidade (enfermeiros, nutricionistas, etc.).

-) Péssimo
-) Ruim
-) Regular
-) Bom
-) Ótimo / Excelente

10. Você considera a infra-estrutura do hospital (sala de espera, banheiros, consultórios, equipamentos),

-) Péssima
-) Ruim
-) Regular
-) Boa
-) Ótima / Excelente

11. O que você apontaria como deficiência no atendimento nesta Unidade?

.....

.....
Para você o atendimento oferecido nesta Unidade é:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> acolhedor | <input type="checkbox"/> eficiente |
| <input type="checkbox"/> agradável | <input type="checkbox"/> dá resultados |
| <input type="checkbox"/> respeitoso | <input type="checkbox"/> demorado |
| <input type="checkbox"/> cuidadoso | |
| <input type="checkbox"/> humanizado | |
| <input type="checkbox"/> satisfatório | |
| <input type="checkbox"/> de qualidade | |

12. O que você entende por humanização do atendimento em saúde?

.....
.....

11.2 ANEXO 2

Visita a Unidade: Hospital de Oncologia HC2 (INCA) dia 11/07/2006, às 14:00h, com instrutora: Kátia Butter.
Assistente Social: Letícia

O *INCA* instituiu em 2004, seu projeto de Humanização na unidade HC2. Chamado assim, de *HUMANIZA INCA*, trabalha com as políticas nacionais de humanização do Ministério da Saúde, aplicando-as de forma a melhorar, agilizar e propiciar uma maior qualidade no tratamento dos pacientes e na relação destes com seus profissionais.

Dentre todas as vertentes da política, o projeto piloto da unidade foi à chamada *RECEPÇÃO INTEGRADA*, que substituiu a antiga triagem, e trabalha agora com a prioridade de propiciar um atendimento acolhedor e resolutivo aos pacientes.

Esta mudança veio para acabar com a idéia de separação que os pacientes tinham ao chegar na unidade, visto que a palavra triagem agora o pensamento de exclusão o que não gerava um acolhimento aos que chegavam para utilizar os serviços. Assim, a recepção integrada conjuga integração e integralidade, pois oferta ações e serviços de promoção e recuperação da saúde, desde ações simples de orientação e educação até intervenções curativas de alta complexidade e especialização. Alicerçada como estas definições, a recepção integrada conjuga uma equipe multiprofissional, composta por médico especialista e enfermagem. O paciente encaminhado vem para a unidade, é atendido e acolhido por esta equipe, e sai da consulta com o seu diagnóstico ou exames para o mesmo. O importante é ressaltar que o paciente sairá com todas as informações e procedimentos necessários para a

confirmação da doença. A partir deste cuidado que a equipe tem para com o paciente, é possível avaliar, discutir e encaminhar o mesmo para a especialidade em questão.

Outra iniciativa importante na unidade foi à criação da *CLINICA AMPLIADA* que propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater a doença, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite não lhe impeça de viver outras coisas na vida. A produção de vida e saúde no meio da doença, pois sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras.

Eixo presente na política é o valor transversal que todas as ações do cuidado devem possuir. Isto significa que a política deve ser operacionalizada de forma que passe por toda organização, por todos os setores, e principalmente pelos profissionais envolvidos: gestores, paciente/usuário, acompanhante, familiares entre outros. Queremos um SUS – em todas as suas instancias, programas e projetos comprometidos com a humanização. Humanização esta, que valorize os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tornando-os autônomos e protagonistas das ações de saúde.

O programa principal na unidade são os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) equipe responsável pelas oficinas e trabalhos realizados na unidade. Existe o grupo de trabalho geral do inca, e o grupo de trabalho em cada unidade. As reuniões são abertas e funcionam da seguinte forma: cada representante do GT de uma unidade é enviada para o geral, onde são discutidas as ações em saúde, suas melhorias, onde são abordados os conflitos em cada unidade e as possíveis soluções. Estas reuniões são encontros multidisciplinares para a expansão da PNH para estabelecer vínculos entre o profissional - usuário, profissional-profissional.

As demandas pelos projetos do GTH esbarram na falta de espaço físico nas unidades, pois para que haja as reuniões e os trabalhos, é necessário que haja espaços próprios e seguros para os participantes. O modelo da gestão é participativo, com os representantes dos pacientes no *Conselho de Gestão Participativa*.

O vínculo tão marcante e presente ao decorrer do texto, torna-se irreal, quando se tem a doença como foco. Esta situação ocorre em toda a saúde, pois o vínculo constrói relações e para o profissional, quando se estabelece essa relação o afeto para com o paciente mexe com o emocional do profissional. Por isso existe grande resistência de se estender relações. É a forma que o profissional recorre para se proteger e não criar vínculos, pois o sofrimento humano é muito doloroso e para estas pessoas que lida com a morte em seu dia/dia, torna-se compreensível esta ação de repulsa.

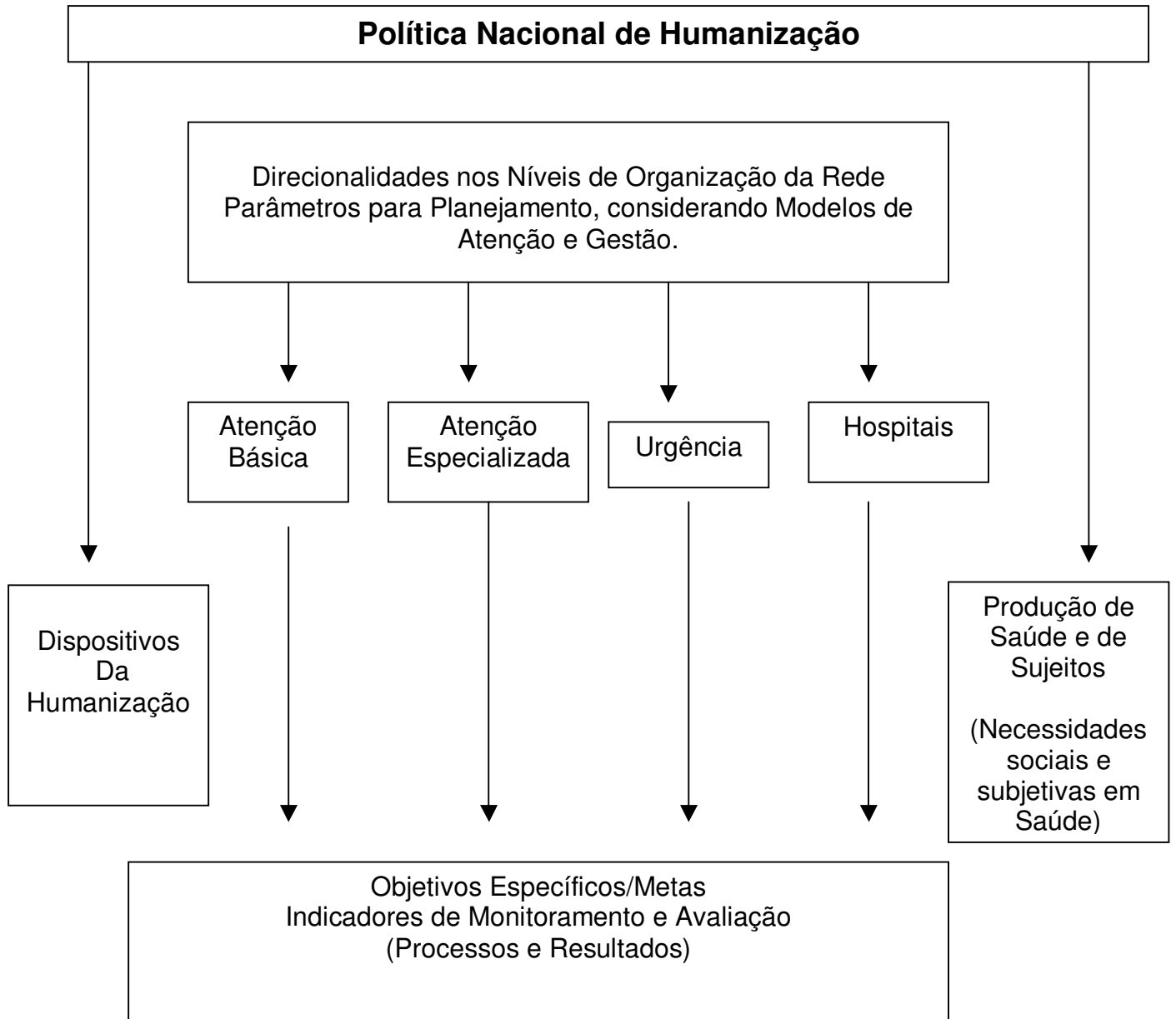
Projeto interessante na unidade é o *PERGUNTE AO SEU MÉDICO*, que visa incentivar os pacientes a participarem e questionarem todo o procedimento e tratamento que é feito no hospital. Com todo esse trabalho em andamento, é necessário que haja a avaliação por parte dos usuários, para que se obtenham índices satisfatórios ou não em relação aos trabalhos feitos. Uma das avaliações mede o nível de informação do usuário em relação à equipe de saúde que o atende, é feita através de pesquisa de campo com o objetivo de monitorar o nível de usuários informados sobre os profissionais de saúde que lhe prestam atendimento. Buscam-se como meta, 100% de usuários informados. Outro é o nível de informação do usuário em relação aos seus direitos, é feito através de pesquisa de campo com o objetivo de monitorar o nível de usuários informados sobre seus direitos, enquanto (paciente, familiar e acompanhante). Busca-se como meta 100% dos usuários informados. Nível de

satisfação do usuário com o novo modelo de atenção, feito através de pesquisa de campo com o objetivo de medir o grau de atenção proposto.

Meta de 100% de usuários satisfeitos. Estas avaliações posicionam o usuário/paciente no centro das atenções.

As mudanças efetivas que foram observadas no desenrolar do programa. Como citado acima, o projeto clinica ampliada e recepção integrada, como grande precursoras das conquistas obtidas pelo Humaniza Inca. Outro fator foi à diminuição de dias referente à internação dos pacientes. Usava-se como media, um período de sete dias, mas depois de analise clinicas e diversas reuniões puderam ser constatadas que esta media poderia cair para 5 dias, melhorando a auto-estima desses pacientes.

11.3 ANEXO 3



11.4 ANEXO 4

Apresentação

- A fase de apresentação é aquela na qual o entrevistador aborda o usuário e solicita sua colaboração para ser entrevistado;

- Cumprimente o paciente a ser entrevistado e apresente-se;

- Explique o que você está fazendo e como isto beneficiará o usuário. Por exemplo: “estou fazendo uma pesquisa sobre a qualidade dos hospitais e a sua opinião é muito importante para melhorar o atendimento para você e sua família”;

- Explique ao usuário que não é necessário identificar-se, e que as suas respostas serão analisadas em conjunto com as respostas de outros usuários entrevistados;

- Solicite a aprovação do usuário antes de dar início à entrevista;

- Explique ao usuário que não é necessário identificar-se, e que as suas respostas serão analisadas em conjunto com as respostas de outros usuários entrevistados;

- Solicite a aprovação do usuário antes de dar início à entrevista;

- Também informe ao usuário que este pode interromper a entrevista, a qualquer momento, quando não entender uma pergunta. Fique atento e esclareça todas as dúvidas do usuário.

- As perguntas devem ser realizadas na seqüência em que são apresentadas - jamais pule questões.

Conclusão

Agradecer a participação do entrevistado.

11.5 ANEXO 5

TABELA 1: RIO DE JANEIRO – ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS DO SUS – NOV / DEZ – 2006

	N*	%
Idade		
0 a 20 anos	9	34,6
21 a 41 anos	7	26,9
42 a 62 anos	6	23,1
63 e +	4	15,4
Sexo		
Feminino	19	73,1
Masculino	7	26,9
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	10	38,5
Superior Incompleto	5	19,2
Superior Completo	4	15,4
Fundamental Incompleto	4	15,4
Fundamental Completo	1	3,8
Ensino Médio Incompleto	1	3,8
Analfabeto	1	3,8
Questão 1: procura na unidade		
Prevenção de Doença	10	38,5
Tratamento de Doenças	8	30,8
Marcação de Consulta	4	15,4
Problema de Emergência	4	15,4
Questão 2:		
Conseguiu atendimento?		
Sim	23	88,5
Não	3	11,5
Solução dada pela unidade		
Em branco	12	46,2
Marcou para outro dia	3	11,5
Encaminhou para outra unidade	1	3,8
Retornar outro dia/sem solução	2	7,7
Outras	8	30,8
Questão 3: tempo de espera pelo atendimento		
1 a 2 horas	11	42,3

30 min a 1 hora	7	26,9
Mais de 2 horas	4	15,4
Menos de 15 min	4	15,4

Questão 4: a que horas chegou para o atendimento?

Entre 6h e 8h	8	30,8
Depois das 8h e entrou na fila recepção	6	23,1
Entre 4h e 6h	6	23,1
Atendido imediatamente	1	3,8
Desde ontem	1	3,8
Outras	4	15,4

Questão 5: quanto tempo utiliza a unidade?

1 a 5 anos	14	53,8
Primeira vez	7	26,9
6 a 10 anos	1	3,8
11 a 15 anos	1	3,8
Mais de 15 anos	3	11,5

Questão 6: Frequência na unidade

Três em três meses	10	38,5
1 vez por mês	5	19,2
1 vez por ano	4	15,4
1 vez por semana	3	11,5
Seis em seis meses	1	3,8
Outras	2	7,7

Questão 7: atendimento da recepção

Ruim	10	38,5
Bom	5	19,2
Regular	4	15,4
Ótimo/Excelente	4	15,4
Péssimo	3	11,5

Questão 8: atendimento dos profissionais

Regular	13	50,0
Bom	7	26,9
Ruim	2	7,7
Ótimo/Excelente	2	7,7
Péssimo	2	7,7

Questão 9: Satisfação para com os demais profissionais

Regular	16	61,5
Péssimo	5	19,2
Ruim	4	15,4
Bom	1	3,8

Questão 10: infra-estrutura do hospital

Ruim	11	42,3
Péssimo	8	30,8
Bom	4	15,4
Ótimo/excelente	3	11,5

Questão 11:**Deficiência no atendimento da unidade**

Espera pelo atendimento	13	50,0
Demora no atendimento	9	34,6
Consulta mais para frente	4	15,4

Atendimento oferecido na unidade

Demorado	19	73,1
Satisfatório	5	19,2
Da Resultados	5	19,2
Respeitoso	3	11,5
Agradável	3	11,5
Cuidadoso	2	7,7
De Qualidade	2	7,7
Eficiente	1	3,8
Acolhedor	1	3,8
Insatisfatório	1	3,8

Questão 12: o que você entende por humanização?

Tratamento digno com respeito e qualidade	10	38,5
Não souberam responder	5	19,2
Ter um atendimento digno e atencioso	5	19,2
Ser bem atendido pelos médicos	4	15,4
Serem bem acolhidos	2	7,7

N=26.*