



Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Fernandes Figueira  
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

HUMANIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO  
UM DOS PRÉ-REQUISITOS PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA?

Rubia Maria Tavares Villar

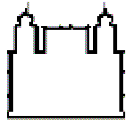
Rio de Janeiro

Junho, 2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



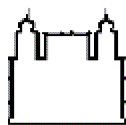
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Fernandes Figueira  
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

HUMANIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO  
UM DOS PRÉ-REQUISITOS PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA?

Rubia Maria Tavares Villar

Rio de Janeiro

Junho, 2009



Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Fernandes Figueira  
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

HUMANIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO  
UM DOS PRÉ-REQUISITOS PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA?

Rubia Maria Tavares Villar

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em  
Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos  
requisitos para obtenção do título de Mestre  
em Saúde da Criança e da Mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Suely Ferreira Deslandes.

Co-orientador: Prof.Dr. Marcos Augusto Bastos Dias.

Rio de Janeiro

Junho, 2009

Dedicatória à

Aos meus pais, irmã, sobrinhos e amigos, que me incentivaram a realizar mais uma meta, que havia traçado em minha vida, além de:

*“Vou ser Meca de operar”* (Villar R, 1960).

## Agradecimentos

Aos meus orientadores, Professor Doutor Marcos Dias e Professora Doutora Suely Deslandes, por sua disponibilidade e, principalmente paciência;

À Professora Doutora Rosa Mitre e à Professora Simone Carvalho, pelas orientações na Banca de Qualificação;

Aos Professores e Doutores da Pós Graduação, aos membros da Secretaria Acadêmica e colegas de turma.

Aos colegas de trabalho que permitiram a minha ausência durante o curso.

Aos amigos que entenderam a ausência neste período tão importante de minha vida.

**Siglas:**

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

HAS- Humanização da Assistência à Saúde

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social

MS- Ministério de Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNH- Política Nacional de Humanização

PNHAH- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PSMI- Programa de Saúde Materno Infantil

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS- Sistema Único de Saúde

## **Resumo**

A Política Nacional de Humanização (PNH) identifica a necessidade de adequação das condições de trabalho dos profissionais de saúde e dos modelos de gestão, para a humanização da assistência.

O objeto de estudo desta pesquisa é a percepção dos profissionais de saúde sobre suas condições de trabalho, que dificultam a implantação efetiva de uma assistência humanizada. O objetivo foi o de analisar os sentidos atribuídos pelos profissionais, sobre a interferência que as condições de trabalho têm na humanização do atendimento que prestam aos usuários do serviço.

Conhecer os problemas das condições de trabalho dos profissionais de saúde que interferem na humanização da assistência, pode fornecer subsídios para possibilitar a implementação da PNH e obtenção de informações, sobre o que seria a humanização da assistência e que práticas “humanizadoras”, poderiam ser usadas, para uma melhoria do atendimento.

Trata-se de uma pesquisa exploratória que utilizou a metodologia qualitativa, a fim de fundamentar a necessidade de captar as percepções sobre as condições de trabalho de profissionais de diferentes categorias em dois serviços de atendimento básico. O atendimento primário foi escolhido porque é a porta de entrada, para atendimento dos problemas de saúde da população. A técnica de pesquisa utilizada foi a entrevista semi-estruturada que permite ao entrevistado desenvolver o tema no decorrer da conversa. A interpretação dos dados foi pautada na Análise de Conteúdo.

Os resultados do estudo mostraram que, para os profissionais entrevistados o principal fator dificultador da humanização é a grande demanda de trabalho que diminui o tempo para os atendimentos levando à diminuição da qualidade da assistência. As difíceis condições de trabalho fazem com que se sintam, na maioria das vezes, desestimulados e desvalorizados. Apontam como problemas também, uma diminuição na comunicação entre eles e a chefia, levando ao incremento da verticalidade nas decisões e um menor envolvimento com os problemas das unidades. Outro fator preponderante foi a desorganização da rede de assistência à saúde, dificultando a



realização de exames, diagnósticos e tratamentos. Como fatores facilitadores da humanização da assistência apontaram que, alguns profissionais, transgridem regras, para resolver dificuldades encontradas pelos usuários, na realização de exames e tratamentos, a realização de palestras com os usuários e a presença de estagiários na assistência o que lhes permite maior tempo para o estabelecimento de uma boa relação com os usuários. O desconhecimento da PNH pelos profissionais é um dos fatores que pode contribuir negativamente para a implantação desta política.

## **Abstracts**

The Humanization National Politic identifies the necessary adequation of the professional's health work conditions and of the models of gestion for the assistance's humanization.

The object of study of this research is the perception of the health professionals on its conditions of work, that make it difficult the implantation of a humanized assistance. The objective was to analyze the meanings attributed for the professionals, on the interference that work conditions have in the humanization of assistance that they give to the users of the service.

To know the problems of the work's conditions of health professionals who interfere with the humanization of assistance, can supply subsidies to make possible the implementation of the PNH and attainment of information, on what would be the humanization of assistance and what humanized practices they could use for an improvement of the assistance.

It was an exploratory research with qualitative methodology. The technique was the semi-structured interviews to the interviewed could discuss about the theme during the conversation. This analyze was based in the content- analyzes.

The results of the study show that, for the interviewed professionals the main factors that difficultate the humanization are the great demand of work that diminishes the time for consultation that leads to reduction of the quality of the assistance. The difficult conditions of work make them feel discouraged and devaluated. They also point as problems the reduction in the communication between them and their chiefs and a lesser envolvment with the problems of the units. Another preponderant factor was the disorganization of the,net of health assistance making it difficult for the professionals the accomplishment of examinations, disgnostic and treatments.

The facilitative factors described were the workers' disposition to help the users, the conversation with them and the possibility to the students getting some experience working in the unites.

The unfamiliarity of professionals with the PNH is one of the factors that can negative contribute for the implantation of this politics.

**Humanização das Condições de Trabalho – Um dos Pré-Requisitos para a Humanização da Assistência?**

|   |    |
|---|----|
| 1) Introdução.....  | 11 |
| 2) Objetivos.....   | 15 |
| 2.1) Objetivo Geral.....  | 15 |
| 2.2) Objetivos Específicos .....  | 15 |
| 3) Justificativa.....   | 16 |
| 4) Quadro Teórico.....  | 18 |
| 4.1) Sistema Único de Saúde.....  | 18 |
| 4.2) Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar e Política Nacional de Humanização..... | 22 |
| 4.3) Trabalho e Processo de Trabalho.....   | 26 |
| 4.4) Os Processos de Trabalho em Saúde.....   | 28 |
| 4.4.a) Trabalho em saúde.....   | 31 |
| 4.5) Propostas do HumanizaSUS voltadas ao profissional de saúde e seu trabalho....                      | 33 |
| 5) Metodologia.....   | 37 |
| 5.1) Campo, Sujeitos, Técnica e Análise da Pesquisa.....  | 37 |
| 5.1.a) Campo.....   | 37 |
| 5.1.b) Sujeitos da Pesquisa.....  | 39 |
| 5.1.c) Técnica da Pesquisa.....   | 39 |
| 5.1.d) Análise.....   | 41 |
| Considerações Éticas.....   | 42 |
| 6) Resultados.....  | 43 |
| 6.1) Caracterização dos entrevistados e dos serviços.....   | 43 |

|  |    |
|--|----|
| 6.2) Conhecimento dos profissionais sobre a Humanização da Assistência e mais especificamente, sobre a Política Nacional de Humanização..... | 44 |
| 6.3) Condições de funcionamento e equipamentos para o atendimento.....   | 52 |
| 6.3.a) Fatores que dificultam.....   | 52 |
| 6.3.b) Fatores que facilitam.....  | 59 |
| 6.4) Propostas de Humanização da Assistência.....  | 62 |
| 7) Considerações Finais.....   | 66 |
| 9) Referências.....  | 72 |
| 10) Anexos.....  | 77 |
| 10.1) Anexo I-Termo de Consentimento.....  | 77 |
| 11)Apêndices.....  | 80 |
| 11.1) Apêndice I - Entrevistas.....  | 80 |

## 1) Introdução

A Humanização da Assistência à Saúde (HAS) tem sido objeto de debates em todo o mundo há várias décadas. Desde a década de 1970, os textos de Sociologia Médica já discutem a HAS (Deslandes, 2006), mas em artigos da década de 1950, já aparecem narrações de práticas, lógicas e interações no processo de atenção à saúde reconhecidas, ainda hoje, como fatores de desumanização (Casate e Correa, 2005).

Este conceito cuja polissemia vem sendo discutida por diversos autores (Casate, 2005; Deslandes, 2004; Puccini & Cecílio, 2004) tem sido entendido como: a *“valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção da saúde; o compromisso com a ambiência, e a melhoria das condições de trabalho e de atendimento”*. (PNH, 2004)

A satisfação da população e dos profissionais de saúde em relação à qualidade dos cuidados em saúde tem sido questionada desde a década de 60 do século passado. No período de 1960 a 1980, foi possível acompanhar os movimentos pelas mudanças das práticas de saúde (Benevides & Passos, 2005). Estes movimentos tornaram-se mais influentes, estruturados e articulados a partir da década de 1980 tendo, como um dos principais interesses, o desenvolvimento de uma consciência cidadã.

Em 1988, iniciou-se a implantação do SUS e aprofundou-se a reforma organizacional do setor saúde. Mas, no entanto, foi em 1999, após uma pesquisa com usuários do SUS, que o MS retomou a questão da humanização da assistência de forma mais sistemática.

Esta pesquisa realizada com usuários do SUS revelou que sua principal queixa referia-se à dificuldade de entrosamento entre estes e os profissionais de saúde. A partir destes resultados, o MS convidou profissionais da área da Saúde Mental para elaborarem uma proposta de trabalho direcionada à humanização da assistência à saúde. Foi criado, então, em maio de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que tinha como objetivo, a modificação no conceito do atendimento prestado pelos profissionais de saúde aos usuários do SUS (PNHAH, 2001), ou seja, em sentido mais amplo, era a promoção de uma cultura de atendimento humanizado na área da saúde (Ribas, 2002).

Durante a vigência do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, foi realizada uma pesquisa, entre Novembro de 2001 e Janeiro de 2002, sobre a Satisfação do Usuário e dos Profissionais de Saúde pelo Comitê Técnico de Humanização que revelou haver, não só a dificuldade dos profissionais de saúde exercerem adequadamente seus papéis como provedores de um cuidado mais integral e de qualidade, mas também, o fato de que os modelos de gestão não atendiam, a contento, às necessidades dos usuários, tais como, acesso e presteza no seu atendimento, qualidade das informações dadas, o relacionamento entre profissionais e usuários e também as queixas e sugestões dos usuários não eram ouvidas, nos diferentes locais do país (Ribas, 2002).

Mais recentemente diversos estudos vêm avaliando as possibilidades de modificação da organização dos serviços, levando em consideração os diferentes posicionamentos dos sujeitos envolvidos nesta assistência (DEGERTS, 2003) e propondo uma redefinição dos seus papéis na produção social da saúde.

Com a mudança de gestão no âmbito central do Ministério da Saúde foi reavaliada a importância destas transformações na assistência à saúde, tanto para os usuários como para os profissionais da área. Assim, em 2004, O MS ampliou o PNHAH, lançando a Política Nacional de Humanização de Atenção e Gestão do SUS (Humaniza-SUS, 2004).

Atualmente, em algumas instituições, percebe-se o incentivo ao debate dos temas relacionados ao processo da Humanização, com iniciativas de buscar transformar o processo de trabalho em saúde, para alcançar a incorporação das mudanças propostas pela PNH no cotidiano dos serviços.

Ao se ler sobre Humanização da Assistência à Saúde, verifica-se que os profissionais se queixam da falta de material apropriado à boa prática do exercício de suas funções, a inadequação de espaços físicos para o atendimento e acolhimento, a dificuldade de diálogo entre profissionais de saúde e usuários, profissionais de saúde entre si e, entre estes profissionais e os gestores. Estas dificuldades cotidianas geram, muitas vezes, desgaste dos profissionais.

Este complexo processo adaptativo frente aos fatores estressantes inerentes à prática profissional no dia-a-dia, pode levá-lo à diminuição do interesse em relação ao trabalho, podendo acarretar um comprometimento físico e psíquico (Martins, 2003). Este comprometimento é conhecido como a Síndrome do Desgaste Profissional caracterizada pela exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e

insensibilidade com relação a quase tudo e a todos, até como uma forma de defesa emocional. Este descontentamento pode levar a um mau desempenho no trabalho e conseqüentemente causar a insatisfação do usuário.

Face ao exposto, a partir da referência da PNH (2004 e 2006), optei por tornar objeto de estudo, a pesquisa do conceito de humanização e suas possibilidades de realização (para os trabalhadores de saúde entrevistados) e, quais as influências que as condições materiais e do espaço de trabalho exercem, na possibilidade de um atendimento humanizado, segundo a ótica destes sujeitos. Foi dado maior destaque às condições materiais porque as mesmas estão relacionadas em um nível mais básico à organização do trabalho. Mesmo não sendo determinantes, mas influenciando a organização dos serviços as condições materiais revelam as lógicas de investimento no setor e dão concretamente limites e contornos da ação técnica a ser exercida.

Como as condições de trabalho só fazem sentido à luz de um conjunto de relações técnicas e sociais do trabalho, questões relacionadas à comunicação em equipe, organização de serviço não puderam deixar de fazer parte da reflexão.

Optamos por focar exclusivamente a perspectiva dos profissionais de saúde, embora saibamos do importante papel dos usuários como agentes ativos no processo de produção de saúde.



## **2) Objetivos**

### **2.1) Objetivo geral:**

Analisar os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde ao conceito de humanização da assistência e a influência que as condições materiais do espaço de trabalho podem ter na humanização do atendimento que prestam aos usuários em dois serviços da rede SUS, no município do Rio de Janeiro.

### **2.2) Objetivos Específicos:**

1) Analisar, sob a ótica dos profissionais, o conceito de humanização da assistência à saúde.

2) Analisar, sob a ótica dos profissionais que práticas consideram humanizadoras no atendimento.

3) Analisar, na visão dos profissionais de saúde, quais são as interferências, que as condições materiais de trabalho exercem facilitando ou dificultando a prática humanizada na assistência.

### **3) Justificativa:**

Como médica há 28 anos trabalhando em diferentes hospitais públicos, vivenciei inúmeras situações de impotência frente à impossibilidade de concretizar um bom atendimento.

Mesmo informando aos usuários a real situação das instituições em que trabalhava tais como: falta de vagas; roupas de cama e de cirurgia; alimentação para os pacientes; material esterilizado e até mesmo, medicações e material para o atendimento básico, estes persistiam solicitando que fossem atendidos e/ou internados. A condição era de verdadeiro desespero, pois em outros hospitais não tinham obtido o atendimento desejado. Não foram poucas as vezes que pensei:

-“Como os responsáveis por estas Instituições conseguem manter as portas do hospital abertas se, de modo geral, constatadamente, não possuem as condições minimamente adequadas para realizar os atendimentos?”

Por outro lado, como profissional atuando na linha de frente da assistência, como deixar de recebê-los?

Durante este período no serviço público vivenciando esta situação, sem uma perspectiva de modificação do quadro, percebi que, alguns profissionais tornaram-se impassíveis à imutabilidade da situação precária de funcionamento das instituições de

saúde. Tal postura parece influenciar de forma negativa a sua relação com os usuários e com os outros profissionais dos serviços.

Como justificativa científica acredito que este trabalho pode trazer mais informações sobre o que os profissionais de saúde conhecem sobre a PNH e quais as principais barreiras que acreditam enfrentar para a realização de um atendimento mais humanizado.

Esta pesquisa, também pode vir a contribuir para que os serviços de saúde possam se apropriar de maneira mais concreta das propostas da PNH e modificar o processo de produção do trabalho em saúde.

#### 4) Quadro Teórico

Artigos da Sociologia Médica das décadas de 1950 e 1960 já denunciavam práticas de assistência à saúde como desumanas, retratando entre outros, os processos de despersonalização dos doentes em hospitais psiquiátricos e, as relações de desigualdade e subordinação impostas pela própria condição do estar doente (Casate e Corrêa, 2005).

A Sociologia Médica Americana, na década de 1970, direcionou as relações e práticas em saúde, como objeto de estudo do Simpósio *Humanizing Health Care* (Humanizando o Cuidado em Saúde) realizado na cidade de São Francisco em 1972, e que “*pode ser considerado como um marco do debate*” (Deslandes et al, 2006 pg.34) na conceituação do que seria a humanização ou a desumanização no cuidado em saúde, e as possibilidades de se planejar cuidados mais humanizados.

No Brasil, a humanização das práticas de saúde é colocada em pauta desde o movimento feminista, na década de 1960, ganhando expressão, nos debates sobre a saúde da mulher (Benevides & Passos, 2005).

De 1960 a 1980 pode-se acompanhar o movimento feminista pelas mudanças das práticas de saúde e pelas políticas públicas que surgiram em resposta ao mesmo.

Estas agendas feministas e de outros movimentos sociais vão se alinhar ao contexto de redemocratização do país. Esta massa crítica de capital político participativo

será importante no processo de reforma sanitária. Assim, falar de humanização também demanda resgatar o seu contexto de produção e de aplicação: o Sistema Único de Saúde.

#### **4.1) O Sistema Único de Saúde**

Em 1985, no período da Nova Republica, o movimento sanitário brasileiro encontra-se mobilizado e articulado, tendo já acumulado historicamente alguns anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico assistencial vigente até então. As condições históricas propiciaram em março de 1986 a realização da 8ª. Conferencia Nacional de Saúde, que teve importante participação da sociedade civil organizada. Esta 8ª CNS é um marco histórico da mobilização da área da saúde e de reafirmação do princípio de participação e controle social e as propostas aí feitas são incorporadas pela Constituinte de 1988, como a conquista do direito à saúde com controle social. (MS, 2006).

É ainda durante esta CNS que o conceito de integralidade de ações no campo da saúde ganha ainda mais espaço. Este conceito é reafirmado na “Proposta de Conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde” em maio de 1987, traduzida como “ações contínuas e integradas, intra e inter-setorialmente, para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (Mandú,1999).

A Constituição de 1988 mudou o modelo de saúde no Brasil. Antes, o acesso aos serviços de saúde era garantido apenas para quem contribuía para o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), os indigentes ou quem não contribuísse para a previdência não podia ser atendido em órgãos públicos federais. Estes cidadãos ficavam à mercê de instituições particulares ou de fundações filantrópicas. A implantação do SUS ocorreu de forma gradual, primeiro com a criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), um convênio entre o

INAMPS e os governos estaduais depois, houve a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde sendo oficializada a Lei Orgânica da Saúde (1990) com a fundação do SUS. A partir daí, o atendimento foi universalizado e todos passaram a ser beneficiados. Hoje, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e setenta e nove por cento da população brasileira tem acesso somente ao SUS.

Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Brasileira, estabelecendo como doutrinas: a Universalidade (cobertura de atendimento a todos; a saúde é direito de cidadania e dever do governo federal, estadual e municipal), a Integralidade (atendimento desde a prevenção até o tratamento, não excluindo qualquer tipo de doença) e, a Equidade (meios necessários para se atingir a igualdade, estando relacionado com a idéia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos). O conceito de saúde deixa então de ser percebido apenas como a ausência de doença e passa a ser definido de forma mais ampliada como “vida com qualidade” (Humaniza SUS, 2006).

A criação do Sistema Único de Saúde constitui-se, portanto em um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

Garantir o atendimento universal e de qualidade não é um desafio simples porque o Brasil contém dois extremos de perfil epidemiológico: um típico de padrão de pobreza da população e outro compatível com países desenvolvidos, fazendo coexistirem situações determinadas pelo crescimento da expectativa de vida ao nascer, pela violência urbana, pelas demandas oriundas dos avanços tecnológicos ou pela falta de saneamento (Brasil, 2003).

Garantir a qualidade da assistência em um sistema de saúde do tamanho do SUS, em um país com diferenças regionais tão importantes, com questões econômicas e políticas que interferem de maneira estrutural na organização da rede de saúde é um desafio de enorme magnitude.

Dentre os avanços conseguidos com o SUS nas últimas décadas podemos apontar:

A rede de atenção pública está presente em todo o território nacional; muitos serviços de saúde experimentam inovações na organização e oferta das práticas de saúde, articulando ações de promoção e de prevenção, com ações de cura e reabilitação; o SUS vem reorganizando a rede de atenção, produzindo impacto na qualidade de vida do brasileiro propiciando a produção de cidadania, envolvendo e co-responsabilizando a sociedade na condução da política de saúde, criando um sistema de gestão colegiada com forte presença e atuação de conferências e conselhos de saúde; o SUS construiu novos arranjos e instrumentos de gestão, que ampliaram a capacidade de gestão e de co-responsabilidade, servindo inclusive de referência para a organização de outras políticas públicas no Brasil, fortalecendo o processo de descentralização, ampliando a presença, a autonomia e a responsabilização sanitária de municípios na organização das redes de atenção à saúde.

Tem também havido, uma ampliação da articulação regional, melhorando a oferta de recursos assistenciais e a relação custo-efetividade, ampliando o acesso da população ao conjunto dos serviços de saúde.

Entretanto, como afirma o próprio documento do HUMANIZA SUS (2008) diversos desafios para a produção de saúde ainda precisam ser enfrentados, tais como: Qualificar o sistema de co-gestão do SUS, criando um sistema de saúde em rede, que

supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção, o que produz baixa transversalização/comunicação entre as equipes e, conseqüentemente, a segmentação do cuidado e dificuldades de seguimento/continuidade da ação clínica pela equipe que cuida do usuário. Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde, fortalecer os processos de regionalização cooperativa e solidária, na perspectiva da ampliação do acesso com equidade, considerando não só, a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional como também ponderar o complexo padrão epidemiológico do povo brasileiro, que requer a utilização de multiplicidade de estratégias e tecnologias para superar a disputa de recursos entre os entes federados, afirmando a contratação de co-responsabilidades sanitárias diminuindo a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS. Além destes também superar o entendimento de saúde como ausência de doença (cultura sanitária biomédica), para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural, garantindo recursos suficientes para o financiamento do SUS e para a superação do seu sub-financiamento. Aponta ainda a necessidade de superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada, para a ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida, melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde, fomentar estratégias de valorização do trabalhador: promovendo melhorias nas condições de trabalho (ambiência), ampliando investimentos na qualificação dos trabalhadores. Por último a necessidade de fomentar processos de co-gestão, valorizando e incentivando a inclusão dos



trabalhadores e usuários em todo o processo de produção de saúde para incorporar de forma efetiva nas práticas de co-gestão e de atenção os direitos dos usuários da saúde.

#### **4.2) Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar e Política Nacional de Humanização**

Onze anos após a criação do Sistema Único de Saúde, em 1999, depois de uma pesquisa deflagrada por queixas de maus tratos sofridos nos hospitais do SUS pelos usuários, o MS retoma, de forma mais objetiva, às propostas de humanização da assistência (PNH,2004).

Desde então, o tema da Humanização da Assistência vem ganhando maior importância, e o MS têm implementado políticas públicas voltadas especificamente para esta questão.

O Ministério da Saúde em 1999, convidou profissionais de área da Saúde Mental para preparar um trabalho apontando caminhos para a humanização dos serviços hospitalares da rede pública de saúde (PNHAH, 2001). Estes, então organizaram um Comitê Técnico que elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

Na primeira etapa do programa foi realizado um Projeto Piloto em dez hospitais em diferentes regiões do país, com realidades socioculturais, portes, perfis de serviços e modelos de gestão distintos, para os quais foram idealizadas ações visando à melhoria da qualidade da atenção ao usuário (PNH,2004).

Os objetivos do PNHAH eram basicamente direcionados para os usuários, não apontando ações específicas voltadas para os profissionais de saúde, nem para as suas condições de trabalho e a gestão.

De Novembro de 2001 a Janeiro de 2002, foi realizada uma avaliação do PNHAH com os profissionais de saúde e usuários nos hospitais em que ele vinha sendo implantado. Nesta pesquisa, em relação aos profissionais, foi questionado seu grau de satisfação com as suas condições de trabalho e de atendimento hospitalar, respectivamente (Ribas, 2002). Nos hospitais pesquisados os resultados mostraram a necessidade de mudanças da gestão hospitalar para um modelo de administração mais participativo.

Em 2004, o Ministério da Saúde, reavaliando a importância do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, retomando a definição adotada desde a criação do SUS de que, a saúde é também qualidade de vida, ampliou o PNHAH e criou a Política Nacional de Humanização na Atenção e Gestão à Saúde (PNH) Enquanto política possui dimensões mais abrangentes porque transversais (presentes potencialmente em todos os programas) e universais ( a participarem da organização e produção do cuidado em todos níveis de atenção).

O Ministério da Saúde, com a PNH - 2004, propõe dentre outras coisas, uma nova afinidade entre o usuário do Sistema Único de Saúde e, o profissional que o atenderá. Esta relação poderia estimular a implantação de práticas de humanização, havendo então, uma troca solidária de contribuição entre gestores, profissionais de saúde e usuários. A idéia é que todos trabalhem em parceria, para que o SUS seja mais acolhedor, ágil e eficaz.

São valores norteadores definidos pela PNH na Atenção e Gestão do SUS (2008):

- Protagonismo e autonomia dos sujeitos (valorizando o papel central, de cada um, na construção deste novo modelo de co-responsabilidade no processo de produção de sua própria saúde);

- Co-responsabilidade entre gestores, trabalhadores e usuários (investindo no comprometimento de cada um dos sujeitos);

- Estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, por considerar as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivo) ;

A PNH postula (PNH, 2006) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com a identificação das necessidades de saúde e mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, compromisso com a ambiência (espaço físico entendido com espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana), melhoria das condições de trabalho e de atendimento com o mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde, defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual; mudanças nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho, comprometendo-se com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde,

propondo um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo.

O acolhimento é apontado como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de facilitar a escuta e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, ou seja, atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando quando necessário o encaminhamento para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (MS,2007).

*“Trata-se então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo”* (HumanizaSUS, 2004 pg.8).

Para Deslandes (2004) a Humanização se associa a uma cultura de atendimento baseada no respeito à alteridade, ampliando as possibilidades comunicacionais do processo de produção dos cuidados de saúde.

Martins (2003) ressalta que a humanização, por ser um processo amplo e complexo, implica em mudanças de comportamentos, o que pode gerar insegurança e também provocar a resistência de muitos profissionais. Este mesmo autor propõe que, embora sendo complexo e envolvendo várias linhas de pesquisa, estudos devem ser realizados para apontar as insatisfações e carências de cada instituição e, as deficiências das localidades, para que haja efetiva incorporação da humanização e melhor cuidado para quem cuida e para quem é cuidado.

Hirigoyen (2002) aponta que para a Humanização da Assistência aconteça, devemos estar cientes de que apenas modificações na estrutura física não alteram as

relações ou os processos de trabalho. Embora ambientes bonitos e agradáveis sejam desejáveis para oferecer mais conforto aos usuários e profissionais, eles não são garantia de assistência humanizada.

Com tantos aspectos diferentes envolvendo a incorporação das diretrizes da PNH, resolvi trabalhar, nesta pesquisa, mais precisamente, os aspectos relacionados com a percepção dos profissionais de saúde das condições de trabalho e da possibilidade de participação no processo de gestão.

### **4.3) Trabalho e Processo de Trabalho.**

Trabalho é o exercício da potência de criação do humano, é inventar a si e ao mundo, no necessário ao seu saber e fazer. Ao trabalhar regemos, colocamos à prova experiências, saberes, prescrições, lidamos com a variabilidade e imprevisibilidade que permeia a vida, criamos novas táticas e normas (MS, 2006).

Para Mielnik (1976), potencialmente o trabalho permite ao homem a obtenção satisfatória nos aspectos: material, psicológico e social, habilitando-o a assumir uma situação materialmente confortável, uma gratificação psíquica individual, fundamentada no provimento de afeto, da companhia dos outros, de realização, de experiências novas, de segurança, de otimismo e de satisfação social.

Para Dejours (2004), o trabalho é a peça central para o funcionamento da sociedade. O trabalho é um estruturante psíquico, fator essencial de nosso equilíbrio e de nosso desenvolvimento, e tem também a capacidade de encaminhamento do sofrimento em direção ao prazer e à saúde. O trabalho tem como horizonte a conservação e realização de si no mundo social. Mediador privilegiado entre inconsciente e ordem coletiva, o trabalho é, então, visto como "*operador fundamental*

*da própria construção do sujeito, colocado no centro da Psicologia, no mesmo nível que a sexualidade" (Dejours apud Lancman, 2005).*

*Trabalhar, na verdade, é não apenas exercer atividades produtivas, mas também, "conviver" ( Dejours, 2007)*

O processo de trabalho será aqui sumariamente definido como aquele que é constituído pelo objeto de trabalho, pelos meios de trabalho e pelo trabalho humano, bem como pelas relações de que é constituído (relações técnicas e sociais de produção). (Deslandes, 2002)

#### **4.4) Os processos de trabalho em saúde**

Savoldi, em 2004, cita que devemos entender o Processo de Trabalho em Saúde como um intercâmbio de técnicas sociais e econômicas, que abrangem conhecimentos, instrumentos e uma coerência organizacional, com o objetivo da construção, por todos os atores envolvidos, de projetos terapêuticos para a produção e recuperação da autonomia do usuário.

O Processo de Trabalho em Saúde é caracterizado por Deslandes (2002) pela particularidade de ser consumido no momento em que é produzido e, Silva em 1994, define que a finalidade deste é a ação terapêutica. O objeto de trabalho em saúde é o indivíduo doente ou os indivíduos/grupos sadios expostos a riscos, que são dotados de capacidade de produzir subjetividade e, com isso podem intervir na eficácia do trabalho realizado (Deslandes, 2002).

O processo de trabalho em saúde leva em consideração, fundamentalmente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se faz numa rede de relações que exige

interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são, por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior (imperativo) no trabalho em saúde. Pois é em meio a elas, em seus questionamentos, e através delas que construímos nossas práticas de co-responsabilidade no processo de trabalho em saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades (Neves, 2006).

Como cita Meirelles (2006), tal processo exige uma crescente demanda pela renovação de conhecimentos e atualização das formas de organização do trabalho assim como dos métodos e tecnologias para a sua efetivação.

As mudanças atualmente desejadas e impressas nos processos de trabalho em saúde qualificam a organização e prestação de serviços, e trazem por outro lado, novas exigências para os trabalhadores, na medida em que abalam as formas tradicionais de exercício de funções, papéis, responsabilidades, desempenho, e principalmente a forma de interação com seus pares e com os usuários. Significando e acarretando com isso, a necessidade de adequações dos processos e condições de trabalho, aporte de novos conhecimentos, habilidades e métodos de atuação em equipe, o que configura grande desafio ao âmbito da gestão, no sentido dos processos e relações cotidianas (Santos Filho, 2007).

O processo de Trabalho em Saúde envolve especialmente o que se imagina como “trabalho vivo”, “vitalidade” que deve se configurar também como energia motriz para movimentar os sujeitos/equipes em torno da reflexão/intervenção em seu próprio fazer (Santos Filho, 2007).

O trabalho vivo é aquele que se dá em ato, é trabalho em ação, é trabalho que se realiza utilizando-se de certo saber operante e de determinados instrumentos materiais, com a possibilidade de expressão de criação por parte do trabalhador. O trabalho vivo

faz uso do que é dado (trabalho morto) e pode exercer alguma autonomia, sobre esse já dado (Vanderlei, 2007).

Como Viana (1995) relata, as influências das condições e relações sociais **de** trabalho **no** trabalho podem desencadear conflitos, lutas e tensões. Estes confrontos ético-profissionais presentes no cotidiano da saúde podem interferir, com frequência, na organização do processo de trabalho e no relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e entre estes e os usuários (Krug, 2007).

Como os profissionais, pesquisadores e educadores enfrentam na prática este desafio de promover saúde, que é uma tarefa complexa diante de tantas limitações (Meirelles, 2006), necessitam abrir-se para um mundo com o estreitamento de relações, de trocas, interação e reciprocidade.

Vivenciamos situações que dificultam a interação dos profissionais entre si, e com os usuários e gestores tais como:

- 1) Protocolos seguidos para alcançar um “modelo assistencial ideal” (com padrões pré estabelecidos do que se imagina ser o correto), burocratizando o processo;
- 2) Separação entre o trabalho manual e o trabalho intelectual;
- 3) Divisão das tarefas e das responsabilidades dos membros de um grupo de trabalho que, embora seja positivo, pode dificultar o trabalho coletivo (Pinheiro, 2007);
- 4) Alteração dos vínculos empregatícios com a negação dos direitos constitucionais dos trabalhadores;
- 5) A precarização dos ambientes e das condições de trabalho que, repercutem na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores (Santos Filho, 2007).



O profissional de saúde, em seu processo de trabalho, é constantemente submetido à tensão contínua, decorrente do contato invariável com a dor, o sofrimento e o medo de errar. Somando-se a estas situações há o excesso de responsabilidade, jornadas exaustivas, remuneração insuficiente pela falta de valorização, levando até à competitividade (Lopes e Lautert, 2001; Domenich, 2002; Oliveira, 2006; Fonseca, 2007).

Dejours (2007) relata que Condições de Trabalho podem repercutir em pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho. E estas, têm por alvo principal o corpo do trabalhador, onde desencadeiam desgaste, envelhecimento e doenças metabólicas. A organização do trabalho, por outro lado, atua à nível do funcionamento psíquico.

Este “desgaste” da relação do homem com os diferentes elementos do seu processo e ambiente de trabalho, leva ao sofrimento, ao desprazer e à tensão, acarretando reações e “adaptações” que são vistas como estratégias de defesa (Dejours, 2007).

Quando estas condições perduram por longos períodos, os profissionais podem passar a executar seu trabalho de forma fria, desinteressada e impessoal, obtendo assim como consequência, um nível de realização profissional muito baixo.

Para Pichon-Rivière (apud Santos Filho, 2007), quando o sujeito percebe estar integrado no seu trabalho, tem a capacidade de se transformar e se modificar, conseguindo dialogar com o meio, sem manter uma relação passiva, rígida e estereotipada.

As questões colocadas interferem diretamente na qualidade do cuidado e nas possibilidades do trabalho constituir uma vivência de construção e expansão de sujeitos. Este debate é caro a humanização.

A PNH visa à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo transformações no eixo da atenção e da gestão. No eixo da atenção, as transformações se dariam pela maneira de produzir e prestar serviços à população, valorizando a dimensão subjetiva e coletiva e, no eixo da gestão, com a modificação da relação social no cotidiano de trabalhadores e gestores na condução e organização dos serviços, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas.

#### **4.4.a) Trabalho em Saúde**

Atualmente, o trabalho em saúde tem sido grifado como objeto de atenção pela crescente precarização no que diz respeito às condições de emprego e de trabalho e, repercussões na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores.

Alguns problemas no “mundo do trabalho” em saúde merecem ser citados como:

- a degeneração dos vínculos, considerando inclusive a negação ou omissão quanto à direitos constitucionais dos trabalhadores;

- precarização dos ambientes e condições de trabalho;

- dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho em contextos de gestão ainda tradicional. (Santos Filho, 2007)

Esta inconstância e desventuras freqüentes no trabalho no setor público mobilizam e desestabilizam os trabalhadores, provocando e desafiando-os, resultando

em diferentes tipos de atitudes: negação, recuo, resistência, superação, improvisação, etc, combinando perspectivas e saídas “criativas”, inventivas”, e também desgastantes, geradoras de sofrimento (Santos Filho, 2007).

Para tanto se define trabalho em saúde, como um processo produtivo e com interação, levando-se em conta as articulações entre as ações em saúde, pelo que representam de ações estratégicas para a produção de cuidados e assistência, bem como as relações intersubjetivas, pelo que representam de ações comunicativas e partilhas de decisões. (Schraiber, 1990).

Não só os profissionais, mas o usuário também é co-partícipe deste trabalho e co-responsável pelo êxito ou malogro da ação terapêutica (Puccini e Cecílio, 2004).

Apesar dos novos modelos de atenção e de gestão estarem propondo/ exigindo cada vez mais a participação ativa dos trabalhadores, como cita Pinheiro (2007), o Trabalho em Saúde ainda que desenvolvido por muitos, nem sempre é feito de modo partilhado e co-responsabilizado, o que inviabiliza ou limita, na prática, o exercício efetivo dessa condição de sujeitos do processo de trabalho.

Antunes (2008; pg.556) define: *“Entende-se que por suas características peculiares, o trabalho em saúde pode ser tanto emancipador, transformador e produtor de sentido, como estranhado e produtor de sofrimento e desgaste”*.

#### **4.5) Propostas do HUMANIZASUS voltadas ao profissional da saúde e seu trabalho:**

A PNH propõe uma nova organização dos processos de trabalho em saúde, para transformar a forma de produzir e prestar serviços à população e também, das relações

sociais, por envolverem trabalhadores e gestores que, aplicarão sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços (Santos Filho, 2007).

Com os trabalhadores e gestores trabalhando inseridos nesta nova organização do trabalho, pretende-se, como já citado neste trabalho, o estímulo ao trabalho em equipe incitando:

- A interdisciplinaridade - possibilidade de trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas e;
- A transdisciplinaridade - trabalho coletivo que compartilha “estruturas conceituais construindo juntos teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns (Rosenfield apud Saupe, 2005) no processo de trabalho e gestão, implementando assim a participação nas decisões, promovendo as “construções coletivas” pelos seus componentes, a horizontalização das “linhas de mando”; incentivo ao protagonismo, a autonomia e a co-responsabilidade.

Pretende-se a construção da autonomia e da capacidade de realização e da liderança dos sujeitos e coletivos, resultando em uma responsabilidade conjunta nos processos de gestão e de atenção.

Esta valorização e o conseqüente crescimento da interação dos trabalhadores com os usuários poderão acarretar na concretização da transversalidade com aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo, podendo vir a ter como conseqüência a indissociabilidade entre a atenção e gestão e também a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos nas relações de trabalho. Os trabalhadores, apoiados por um fazer em equipe, teriam chances de exercer e expandir seus conhecimentos de forma criativa e co-responsável.

Com a implementação da PNH espera-se (PNH,2006) a redução das filas e do tempo de espera, ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de risco. O usuário saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviço que se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral. As unidades garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio-familiar, nas propostas de plano terapêutico, acompanhamento e cuidados em geral. As unidades de saúde garantirão também a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente em saúde dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros) e também serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

No eixo das instituições do SUS, propõe-se que a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos governos, como já faz parte do plano Nacional de Saúde e dos Termos de Compromisso do Pacto pela Saúde.<sup>(1)</sup>

Um dos objetivos a serem alcançados é a integração da rede de assistência permitindo que o usuário tenha a partir de sua entrada no sistema de atendimento a garantia do cuidado nos diversos níveis de complexidade que forem necessários. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, melhor a eficácia dos mesmos.

No eixo da Gestão do Trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional.

No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os, fundo a fundo, mediante o compromisso dos gestores com a PNH.

No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e inter setoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho que

(1) Em 2006 foi idealizado o Pacto pela Saúde que é um conjunto de reformas institucionais e gerenciais, acordado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) do SUS, com o objetivo de alcançar maior eficácia e qualidade nos serviços prestados à população. Com ele as responsabilidades e atribuições de cada esfera política, em função das necessidades de saúde da população, foram redefinidas com o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), na busca da equidade social.

busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos.

No eixo da Educação Permanente em saúde indica-se que a PNH seja incluída como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação e, oriente processos de educação permanente em saúde de trabalhadores nos próprios serviços de saúde.

No eixo informação/comunicação, indica-se por meio de ação da mídia o discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde.

No eixo da gestão da PNH, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, baseadas em seus princípios, diretrizes e dispositivas, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.

## **5) Metodologia**

A pesquisa de caráter exploratório procurou identificar o que os profissionais de saúde entendem por humanização da assistência, a maneira pela qual percebem as dificuldades encontradas no seu dia-a-dia e, como estas, interferem na humanização da assistência.

A abordagem escolhida foi a qualitativa, por sua reconhecida aplicabilidade na investigação do estudo da vida social de grupos e pela possibilidade de exploração com maior profundidade das diferentes representações sobre o assunto em estudo.

Para Minayo (2007, pg.21) “*A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes*”. O pesquisador busca compreender os fenômenos humanos a partir não só do agir como também do pensar dos participantes e, interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes, principalmente quando, no mesmo meio social, existem diferentes opiniões e crenças a respeito de um tema.

## **5.1) Campo, Sujeitos, Técnica e Análise de Pesquisa:**

### **5.1.a) Campo**

Optei por realizar minha pesquisa em unidades municipais porque nos últimos anos a Secretaria de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro vem desenvolvendo alguns esforços no sentido de promover a humanização da assistência em sua rede. Outro motivo para a escolha apenas de unidades municipais, foi o de evitar possíveis diferenças administrativas entre gestão municipal, estadual e federal.

O trabalho de campo foi realizado em um Centro de Saúde e em uma Policlínica, ambos da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. A primeira Unidade o Centro de Saúde está localizado na zona Sul da cidade do Rio de Janeiro e atende várias especialidades médicas, à nível primário de atenção. Possui dois andares e 26 salas de atendimento, onde no primeiro encontra-se a recepção e o arquivo médico, o almoxarifado, ambulatórios, salas de vacinação e o laboratório. No segundo andar está localizada a Direção, mais salas de ambulatórios e a esterilização. As salas eram, na maioria das vezes divididas por uma meia parede de alvenaria, que embora resguardasse a privacidade visual, permitia, caso alguém fale mais alto, escutar a fala de uma sala para a outra.



O número total de funcionários é de 128 profissionais, com um número de 15.000 atendimentos por mês. Na época da pesquisa havia 9 (nove) profissionais de licença, o mês corrido e, uma média de 15 (quinze) com licença de um ou dois dias.

A segunda Unidade está localizada no Centro da cidade do Rio de Janeiro, em um prédio comercial. As 72 salas de atendimento estão distribuídas em quatro andares, onde os 327 funcionários executam seus serviços. Nesta unidade as salas eram exclusivas para um atendimento individual resguardando completamente a privacidade do atendimento. Na época da pesquisa havia 50 (cinquenta) funcionários de licença. Nesta unidade, o total de atendimentos era também de 15000 por mês.

Em ambas as Unidades a conservação predial do imóvel não me pareceu ser feita há muito tempo embora as instalações estivessem limpas.

Por questões éticas, optei por manter em sigilo a identidade dos profissionais entrevistados assim como o nome das Unidades que funcionaram como campo da pesquisa.

Optei por estudar serviços de Atenção Primária para verificar a incorporação da Política Nacional de Humanização neste nível de atenção, que é a linha de frente no atendimento à população.

### **5.1.b) Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos desta pesquisa foram dezoito profissionais de diferentes categorias que atuam nos ambulatórios das duas Unidades (seis profissionais de uma e doze da outra), que prestam atendimento primário à população, e que concordaram em participar do estudo mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I).

Entrevistei profissionais de diferentes categorias, com o objetivo de obter uma visão mais diversificada sobre as questões relacionadas ao processo de humanização na assistência à saúde. Foram convidados a participar do estudo, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos e agentes administrativos. O trabalho de campo foi encerrado quando ao longo do percurso, notei reincidência dos dados coletados nas entrevistas.

### **5.1.c) Técnica de pesquisa:**

Como técnica para a realização da pesquisa foi utilizada a entrevista. Através desta técnica, é possível registrar como o indivíduo revela seus valores, explica e exemplifica a estrutura de seu sistema de referência e sua percepção da realidade (Minayo,1992).

Adotamos a entrevista semi-estruturada porque, com ela, o entrevistado pode desenvolver o tema no decorrer da conversa, mesmo havendo um roteiro inicial.

Foram evitadas perguntas que conduziam a respostas objetivas (sim ou não). As respostas discursivas possibilitam a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação. A forma e conteúdo do roteiro seguiram o discurso do entrevistado, enfatizando as relevâncias do ponto de vista do investigado e do investigador, tornando-se um texto negociado (Minayo, 2006).

Neste estudo, o roteiro das entrevistas (Apêndice I), tinha a finalidade de conhecer as informações dos interlocutores sobre:

- Humanização da Assistência;
- Conhecimento da PNH;
- Condições de trabalho e

-Suas propostas para a humanização na assistência.

Relações interprofissionais e entre profissionais e gestores das unidades; Avaliação da participação coletiva nos objetivos da gestão; Realização profissional por trabalhar naquela instituição e a Percepção da importância do trabalhador ao executar suas funções na unidade, para usuários, profissionais e gestores, também foram abordados nas entrevistas, mas neste trabalho só foram avaliadas as quatro primeiras questões.

Antes de iniciar as entrevistas com os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, fiz um pequeno estudo piloto com profissionais da área da saúde. Foi durante este estudo que notei a necessidade de informar aos entrevistados uma pequena parte das diretrizes da PNH que diziam respeito aos profissionais do SUS.

Assim, logo após realizar a primeira pergunta da entrevista foi feita a leitura de um pequeno resumo (Apêndice I), para todos, contendo os principais aspectos da PNH inclusive, as propostas relativas aos profissionais.

Minha entrada nas Unidades se deu com o consentimento dos Diretores para que a pesquisa fosse realizada no Serviço sob sua direção, seguida da autorização do Comitê de Ética da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Durante todo o Trabalho de Campo, ao abordar os profissionais e antes de começar uma entrevista, apresentei-me como médica mestranda da FIOCRUZ e explicava sobre o que seria a entrevista.

Os profissionais das duas unidades foram colaborativos, e não pareceu que sentiram qualquer desconforto durante a entrevista, muito pelo contrário, percebi que o interesse crescia no desenrolar da conversa, o que nos permitiu abordar pontos de relevância.

A fim de assegurar o anonimato dos participantes, será usada a letra “E” e o número correspondente a ordem de realização da entrevista, identificados no texto como [E1], [E2], [E3] e etc...

#### **5.1.d) Análise**

A análise dos dados está baseada na Análise de Conteúdo que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca ter uma visão do todo avaliado a partir da categorização, ordenação, manipulação e sumarização dos dados brutos em uma forma interpretável (Zanella, 2006).

Na análise de conteúdo, onde o propósito é ir além do descrito, faz-se necessária uma decomposição dos dados coletados; distribuir estes dados em categorias; descrever a categorização expondo os achados na análise; fazer deduções dos resultados a partir das premissas aceitas pelos pesquisadores e interpretar os resultados obtidos baseados no fundamento teórico adotado (Minayo, 2007).

A categorização é uma tentativa de objetivar a análise, ou seja, devemos fazê-la de forma homogênea e específica até não se ter mais o que considerar para não se ter a possibilidade de ser incluída em outra categoria e, não usar termos abstratos, para não permitir diferentes interpretações e não atingirmos o objetivo almejado (Minayo, 2007).

Conforme Gomes (1966), a Pré-Análise foi realizada com a leitura dos textos das entrevistas levantando questões e formulando hipóteses, tendo como tema central, o que para estes profissionais significaria a Humanização da Assistência e que fatores, na dinâmica das relações de trabalho e no trabalho em equipe, dificultariam ou favoreceriam a implantação de um modelo de atenção voltada para a Humanização na Assistência.

No processo de exploração do material do trabalho de campo, procurei interpretar as perspectivas dos entrevistados sem fazer uma compreensão instantânea da realidade.

Na análise do material das entrevistas, distingi nas mensagens, o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, às relações e às práticas (Thompson,1998).

Os núcleos de sentido, identificados a partir das respostas das entrevistas, foram articulados com os pressupostos iniciais e correlacionados com a literatura pesquisada para chegar às conclusões.

### **Considerações Éticas**

Seguindo-se a orientação da Declaração de Helsinki e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, os dados serão colhidos mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I), contendo as informações detalhadas da pesquisa, bem como a identificação dos pesquisadores e instituições envolvidas, a garantia da confidencialidade das informações e de sua utilização apenas de forma agregada e a não obrigatoriedade da participação no estudo.

Este estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro.

## 6) Resultados

### 6.1) – Caracterização dos entrevistados e dos serviços.

Foram entrevistados dezoito profissionais de duas unidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sendo, seis de uma unidade e doze de outra unidade. A diferença de números se deu porque em uma das Unidades, houve certa dificuldade de entrevistar mais profissionais por uma questão de disponibilidade de horário dos mesmos.

O grupo foi composto de acordo com a categoria funcional por dois agentes administrativos, um fisioterapeuta, um assistente social, duas nutricionistas, três técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem e cinco médicos. Dois são do sexo masculino e dezesseis do sexo feminino.

A tabela 1 traz as principais características de cada entrevistado.

| Idade | Sexo | Tempo de formado | Categoria ocupacional | Empregos atuais | Horas semanais | Tempo de serviço |
|-------|------|------------------|-----------------------|-----------------|----------------|------------------|
| 50    | F    | 30               | Aux.enfermagem        | 1               | 40             | 22               |
| 45    | F    | 23               | Aux. Enfermagem       | 1               | 32             | 21               |
| 59    | F    | 38               | Aux.Enfermagem        | 1               | 40             | 12               |
| 47    | F    | 20               | Aux. Enfermagem       | 2               | 40             | 12               |
| 51    | F    | 25               | Téc. Enfermagem       | 2               | 40             | 23               |
| 49    | F    | 20               | Téc.Enfermagem        | 2               | 40             | 20               |
| 51    | F    | 28               | Téc. Enfermagem       | 2               | 40             | 22               |
| 52    | F    | 25               | Administrativo        | 1               | 40             | 1                |
| 57    | M    | 20               | Administrativo        | 1               | 36             | 30               |
| 55    | F    | 28               | Médica                | 2               | 40             | 25               |
| 43    | F    | 20               | Médica                | 3               | 40             | 15               |
| 55    | F    | 31               | Médica                | 2               | 40             | 22               |
| 62    | M    | 36               | Médico                | 2               | 20             | 35               |
| 60    | F    | 36               | Médica                | 1               | 40             | 26               |
| 55    | F    | 24               | Fisioterapeuta        | 2               | 30             | 30               |
| 31    | F    | 8                | Nutricionista         | 2               | 30             | 5                |
| 48    | F    | 26               | Nutricionista         | 3               | 40             | 20               |
| 55    | F    | 30               | Assistente Social     | 1               | 36             | 29               |

Tabela 1- Principais características demográficas e ocupacionais dos entrevistados.

A idade média dos entrevistados é de 45,8 anos, variando de 31 a 62 anos; o tempo médio de formados é de 30 anos, indo de 8 a 38 anos (esta média ficou mais alta, em função da maioria dos profissionais terem mais tempo de formados); o de tempo de serviço público é de 20,5 anos variando de 01 a 35 anos e, a média do número de horas semanais trabalhadas neste vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro é de 36, 8 horas, indo de 20 (vinte) a 40 (quarenta) horas semanais. Quanto ao número de vínculos empregatícios 3 (três) tinham um vínculo profissional, 9 (nove) tinham dois e 6 (seis) tinham 3 vínculos. Não apenas pelo tempo de formados e de atuação no serviço público, mas também com o diálogo durante a entrevista, foi possível apreender através do discurso dos profissionais, que todos têm experiência e vivência com as diferentes situações encontradas no dia-a-dia do processo de trabalho no serviço público.

**6.2)- Conhecimento dos profissionais sobre a Humanização da Assistência e, mais especificamente, sobre a Política Nacional de Humanização.**

Como a Política Nacional de Humanização foi lançada em 2004, meu interesse era conhecer se durante estes últimos quatro anos, a mesma foi divulgada dentro dos serviços de saúde de forma a possibilitar que os profissionais se inteirassem de suas diretrizes.

Dos dezoito profissionais das duas unidades da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, seis do total pesquisado, não tinham qualquer conhecimento sobre humanização da assistência e, dos doze restantes, nove já haviam escutado alguma coisa sobre o tema.

*“Escutei falar agora. Uma... assistente social, eu acho que ela é assistente social, ela está fazendo um trabalho, eu vi um cartaz perto do elevador”. [E18]*

Três funcionários, de diferentes unidades, sabiam que a humanização também envolvia aspectos voltados para as condições de trabalho e a participação na gestão dos profissionais.

*“Dar condição ao indivíduo pra ele trabalhar no local onde ele exerce sua profissão”. [E15]*

Os profissionais que tinham algum conhecimento do tema humanização da assistência, a consideravam uma questão distante, conduzida por outros profissionais, sem uma ligação direta com seu cotidiano de trabalho. A grande maioria dos profissionais entrevistados afirmou que não estava envolvida com alguma iniciativa mais diretamente relacionada que pudessem ser consideradas humanizadoras da assistência.

Mesmo sendo uma das estratégias da PNH no eixo da informação e comunicação, a inclusão desta no debate da saúde, chama a atenção o fato de que mesmo os profissionais que dizem conhecê-la, ignoram as diretrizes, voltadas para eles próprios. Estas propostas são de interesse direto dos trabalhadores, pois incluem inclusive, diversas questões que fazem parte de reivindicações trabalhistas. Em nenhuma das entrevistas foi possível identificar qualquer envolvimento “mais politizado” dos profissionais com estas questões.

Para a quase totalidade dos entrevistados, o termo humanização voltava-se, exclusivamente, para questões relacionadas ao usuário.



*“O que eu vejo muito é o seguinte, são muitas propostas para o público, em relação ao profissional, eu, sinceramente, não tenho conhecimento não!” [E21].*

Neste sentido, parece, portanto, haver uma necessidade de ampliar junto aos profissionais de saúde a divulgação sobre a PNH como um todo e de suas diretrizes voltadas para os trabalhadores em particular. Certamente este desconhecimento influencia de forma negativa a possibilidade de as mesmas serem implementadas.

A promoção dos conhecimentos das diretrizes da PNH nas instituições de saúde poderia levar os profissionais, desde que engajados e estimulados, em especial pelos gestores locais, a participar dos processos de discussões e tomadas de decisões, a modificar suas práticas, sintonizando “o que fazer” com o “como fazer” (Benevides e Passos, 2005).

Após a leitura do pequeno texto sobre humanização era formulada uma nova questão sobre o que cada profissional imaginava como seria um Ambiente de Trabalho Humanizado.

A maioria das respostas dadas pelos entrevistados ultrapassava a questão do ambiente de trabalho e, incluía também, outros fatores que os mesmos consideravam importante para que o trabalho, fosse considerado humanizado. Para os profissionais, um trabalho humanizado está relacionado à: 1) segurança dos profissionais e usuários, 2) ao acolhimento dos profissionais e dos usuários na unidade de saúde, 3) ao respeito ao próximo, ao diálogo, ao trabalho em equipe, 4) à quantidade de atendimentos (volume de trabalho) e 5) a tomada conjunta de decisões (participação nas decisões).

A segurança apontada pelos profissionais não se restringia somente à violência física que algumas vezes acontece nas unidades de saúde e ameaça os profissionais nelas estabelecidos (Diário de Natal, 2009). Ela também estava relacionada com a segurança nas condições de execução do trabalho, evitando riscos à saúde dos profissionais (como acidentes de trabalho por falta de material de proteção), com disponibilidade de recursos materiais adequados e de se ter meios de prestar um atendimento de qualidade.

*“Olha, em primeiro lugar, onde você trabalha tem que ter o mínimo de condições, não é? É o que dá o pontapé pra tudo, não é? Se você não tem nem o mínimo para trabalhar, não tem condições em se falar em humanização” [E13]*

Assim como afirma o programa do Humaniza SUS(2006), os profissionais apontaram que a humanização no ambiente de trabalho, à que se referiam não dizia respeito somente a ambientes bonitos, mas a responsabilidade com os usuários, no dar-lhes uma atenção efetiva nas suas necessidades de atendimento.

Uma reflexão que precisa ser feita, diz respeito ao que parece ser um posicionamento passivo dos profissionais sobre as condições de trabalho podem influenciar o acolhimento aos usuários. Sabemos que em última instância esta relação que se dá na ponta do atendimento entre o profissional e o usuário pode ser transformadora se os primeiros tiverem uma posição que promova de forma mais ativa os direitos da clientela. Esta seria uma forma de ter os usuários como parceiros na reivindicação de melhores condições de trabalho e não apenas como um objeto passivo nesta relação.

O funcionamento que acontece muitas vezes com a falta de insumos básicos para o atendimento adequado da população é também percebido como uma forma de desumanização.

*“É conforto, boas condições de trabalho não só materiais, mas também de acesso a exames e procedimentos, que a gente não tem, às vezes falta aqui um simples exame de urina!” [E14]*

Os profissionais percebem que a clientela sofre por receber um cuidado pouco efetivo, que dificulta o diagnóstico e o tratamento.

Esta dificuldade muitas vezes de se prestar um atendimento resolutivo no sentido de conseguir uma solução das necessidades (exames, medicações, atendimentos especializados) que levaram o usuário a procurar o serviço de saúde pode, ao final de algum tempo, acabar por servir como um desestímulo para os profissionais, podendo chegar até ao desinteresse pelo trabalho.

Como aponta recente publicação do MS (HumanizaSUS 2008) a incorporação de forma efetiva à atenção aos direitos do usuário, é um importante desafio a ser superado.

Os profissionais referiam também como humanização, o acolhimento e o respeito ao próximo, entendidos como boas maneiras de se relacionar com os outros, prestando um atendimento com a responsabilidade de resolver o problema do usuário.

*“Instalações adequadas...Proporção do número de atendimentos com a carga horária pra que o usuário seja bem atendido...e o profissional possa tomar uma água, levantar, mexer um pouco a perna, né ... ”[E3].*

Para vários profissionais entrevistados parece ser difícil perceber que suas tarefas do cotidiano fazem parte de um todo e que seguem na direção de promover as condições de saúde da população que atendem. A falta de integração de setores e a não articulação com a rede de serviços no sistema de encaminhamento de usuários a serviços especializados, torna o processo de trabalho solitário e fragmentado (MS, 2007). O anseio por um trabalho mais integrado com os outros membros da equipe e serviços, aponta para o desejo de uma relação mais prazerosa com a rotina da unidade de saúde. Sabemos entretanto que muitas vezes esta integração é dificultada por resistência de categorias que se impõem como “mais importantes ou detentores da verdade”, prejudicando uma relação mais estreita entre os membros da equipe.

*”... o trabalho em equipe, todo mundo falando a mesma coisa e trabalhando pelo mesmo ideal... , a coisa flui, é um prazer trabalhar, não é uma coisa obrigada, jogada” [E11]*

Por outro lado é preciso refletir sobre este desejo de um trabalho mais integrado manifestado por alguns dos profissionais, uma vez que não foi possível identificar em nenhuma das falas um posicionamento mais ativo na busca desta integração. Parece que para alguns dos profissionais este seria um movimento que deveria ser sempre iniciado ou feito pelo “outro” (chefias – gestores) e que não pudesse partir deles próprios.

Outro aspecto importante apontado pelos entrevistados, ainda se referindo às relações de trabalho humanizado, foi a questão da verticalidade das decisões tomadas nas unidades.

*“... o que está em cima só determina e não pára para escutar a sua opinião”. [E6]*

A falta de diálogo com os gestores era percebida como “falta de humanização” na relação da direção com os funcionários.

Parece que mesmo com certa expansão da idéia de que as Unidades do SUS devam ter equipes colegiadas e colegiados gestores, ainda prevalecem métodos tradicionais de planejamento de condução do trabalho e tomadas de decisão. Segundo Santos Filho (2007), ainda se observa, apesar de reconhecidos esforços institucionais fomentando esses espaços participativos, gestões tradicionais que não compartilham o fazer, o que limita os avanços em relação ao funcionamento efetivo dos colegiados como instâncias de discussão e negociações dos projetos/ações nos níveis locais.

Quase todos relataram a dificuldade de comunicação dos profissionais entre si e com as chefias.

*“Facilitaria se tivesse mais reuniões e então maior diálogo” [E2]*

Referem também o pouco tempo disponível para uma assistência mais qualificada pela grande demanda de atendimentos.

*“A falta de tempo pelo número exagerado dos pacientes” [E14]*

Novamente parece que a mobilização dos profissionais no sentido de garantir um diálogo mais efetivo com as chefias ou gestores é muito pequena. Não foi possível identificar nas entrevistas nenhum posicionamento politicamente mais participativo no sentido de demonstrar que uma atitude mais ativa por parte dos profissionais tenha sido efetivamente tentada. O problema é que estes entraves na comunicação da equipe acabam levando a uma quase impossibilidade na comunicação entre os profissionais e conseqüentemente comprometendo a qualidade do atendimento.

Foi verificado que, com frequência, os profissionais que compõem a equipe da unidade acabam por não se conhecer, uma vez que a discordância dos turnos de trabalho faz com que não tenham a oportunidade de se encontrar. A dificuldade de inserção efetiva de toda equipe no planejamento do trabalho, ocorre muitas vezes porque alguns trabalhadores ficam exclusivamente envolvidos com os serviços tradicionais nos diferentes setores da Unidade, inviabilizando sua participação em reuniões e em outras atividades (Santos Filho, 2007).

Como no exemplo abaixo, dado por um profissional, às vezes o cuidado ao usuário é fornecido por uma equipe que se comunica apenas através dos relatos de prontuário.

*... “só sei que este profissional trabalha aqui pela papeleta do paciente, porque nunca o vi, não dá tempo para conhecer todo mundo ”[E16]*

Ficou evidente após a análise, que para os entrevistados a humanização do ambiente de trabalho depende da qualidade do envolvimento dos profissionais, mas no caso das duas unidades avaliadas, segundo os próprios entrevistados, a grande demanda dos atendimentos dificulta este envolvimento, o que cria obstáculos para o planejamento e a organização de reuniões. Esta questão será retomada mais adiante quando discutirmos o funcionamento das Unidades.

Uma forma para enfrentar esta barreira provocada pelo grande volume de tarefas poderia ser a criação de grupos de discussão sobre o trabalho na unidade como preconizado pela PNH (2006), o que possibilitaria aos trabalhadores expor as dificuldades encontradas no seu cotidiano.

Segundo a PNH, almeja-se essencialmente com isso, o fortalecimento de vínculos, a co-participação e co-responsabilização entre gestores, trabalhadores e população, promovendo saúde e ambientes saudáveis de trabalho; tecendo redes no sentido de participação ativa e criativa de sujeitos, saberes e instituições (Ministério da Saúde, 2006 apud Santos Filho, 2007).

A fala abaixo reforça a necessidade do incentivo, por parte dos gestores, da participação coletiva dos profissionais nas atividades da unidade, visando um planejamento conjunto de novos critérios de ação, de acordo com a necessidade de cada unidade.

*“A co-gestão seria importantíssima na prática e não no papel, que você tivesse realmente..., que sua voz tivesse eco diante da gestão”*

[E21]

### **6.3) Condições de funcionamento e equipamentos para o atendimento.**

#### **6.3.a)-Fatores que dificultam.**

A crise de financiamento da saúde pública no Brasil é notícia recorrente na imprensa nacional. São frequentes as reportagens que informam sobre o funcionamento precário das unidades de saúde e de suas dificuldades de abastecimento e de manutenção predial e de equipamentos. No município do Rio de Janeiro as dificuldades que atingem a rede pública de saúde foram há algum tempo, motivo até de uma intervenção federal para tentar garantir o atendimento à população (CFM,2007). É, portanto neste cenário de um local onde as condições de trabalho são muitas vezes inadequadas que os profissionais têm que trabalhar.

Todos os entrevistados apontaram que as condições de trabalho influenciam na humanização da assistência. A maioria acha que as condições físicas e operacionais não

são suficientes e adequadas para executar de forma apropriada seu trabalho. Seja por falta de conforto porque as salas não têm ventilação nem, espaço suficiente. Quando falaram sobre as condições operacionais dos equipamentos, material de trabalho e higiene referiram não estar, na maioria das vezes, em perfeito estado de uso e mesmo não existirem.

Reporto-me a citação de Oliniski e Lacerda (2004) que descreve que o ambiente de trabalho é aonde o homem interage, cresce e se desenvolve. É onde desempenhando seu papel, se dignifica. Motivos de falha na estrutura e/ou na organização de seu ambiente de trabalho vão acarretar uma erosão de sua auto-estima.

A insatisfação com as condições físicas das unidades esteve presente em muitas das respostas. As condições de trabalho não eram boas, segundo alguns dos entrevistados, não apenas nos consultórios de atendimento, mas também nos locais para refeições e mesmo nos banheiros destinados aos funcionários, que não tinham adequadas condições de uso.

*“Lá no setor da Nutrição, a sala da nutrição não tem uma balança para pesar criança abaixo de dois anos, não tem uma mesa para estar medindo as crianças abaixo dos dois anos e abaixo de um metro e quarenta, nós temos que levar esta mãe e esta criança para a sala de pediatria, que já tem toda a demanda da pediatria, e atrapalha outro serviço, né?... [E3]*

*“... a gente trabalha em condições extremamente precárias...você não tem um lugar para ir, não vai nem ao banheiro direito, não tem lugar para comer, você não tem lugar para nada, quer dizer, você na verdade, não tem direito a nada” [E11]*



Para o MS (2007) é desejável construir ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam na promoção do bem-estar, desfazendo a imagem desses espaços que abrigam serviços de saúde de serem frios e hostis. Assim, as áreas de trabalho além de mais adequadas funcionalmente deveriam também proporcionar espaços vivenciais prazerosos.

*“... eu acho muito ruim, a nossa imagem fica péssima! E não vai melhorar nunca se não começar a mexer nisso, entendeu? Dar umas condições melhores de trabalho... eu já estou aqui há vinte e sete anos nisso e não vi melhora.” [E6]*

Na realização do seu trabalho, o profissional deve ter condições ambientais e materiais para um atendimento de qualidade, quando não só ele como o próprio usuário vão se sentir valorizados.

O excesso de atendimentos foi uma constante nas respostas dadas nas entrevistas. A maior parte dos entrevistados refere que o que dificulta um atendimento de qualidade é o pequeno número de profissionais em relação à demanda de atendimentos.

*“O cobertor é curto, né? Quer dizer, a quantidade de funcionários pra trabalhar na instituição é pequena...” [E12]*

A priorização da quantidade de atendimentos em detrimento da qualidade da assistência também foi um fator apontado por diversos profissionais como fator que dificulta a humanização da assistência. Para alguns dos entrevistados o tempo que o profissional tem para dedicar a cada usuário é insuficiente para que o atendimento tenha a qualidade que deveriam oferecer.

Estressados pelo grande volume de atendimentos que precisam realizar, os profissionais não ficam tranquilos para atender as pessoas e se sentem pressionados a dar conta da demanda, enfrentando um verdadeiro desafio contra o tempo. Esta situação pode ser definida como o trabalho exercido somente para “acabar a fila”, ou seja, o trabalho somente como a execução da tarefa a ser realizada (Dejours 2007).

As relações de trabalho e de mercado, baseadas no modelo taylorista, obrigam ao desafio de prestar uma assistência em larga escala, acentuando a valorização dos procedimentos técnicos, o que prejudica o contato humano e transforma a prática em uma consulta rápida e impessoal. O trabalho fica baseado apenas nos princípios de produtividade, sem a preocupação da qualidade e efetividade.

Por outro lado cabe refletir sobre o efetivo cumprimento da carga horária dos profissionais nos seus locais de trabalho. Deslandes (2002) aponta a questão da dupla ou tripla jornada de trabalho, como visto na tabela 1 (pagina 42), dos dezoito entrevistados, somente sete (três auxiliares de enfermagem, dois administrativos, um assistente social e um médico) possuem só um emprego, os onze restantes possuem mais um ou dois empregos, como forma de manter sua renda. Para conseguir este feito os profissionais acabam realizando sua tarefa no menor tempo possível de forma a fazer com que no seu dia de trabalho consigam caber todas as “horas contratadas” em seus empregos. Certamente esta corrida contra o tempo interfere não apenas na qualidade do atendimento prestado como também no efetivo envolvimento dos profissionais com a “vida” da própria Unidade de saúde. Seguramente para enfrentar esta questão do cumprimento do horário de trabalho será preciso discutir de maneira séria a questão da remuneração dos profissionais.

A baixa remuneração dos profissionais foi outro fator apontado como dificultador da humanização da assistência. Vários entrevistados relatam que o salário é

insuficiente para suas necessidades, o que ocasiona, como já referimos antes, a necessidade de trabalhar em outros serviços para a complementação de renda.

*“Porque se a gente sente é... não adianta dizer que o dinheiro não é fundamental, ele é!... Atualmente o funcionário da área de saúde, ele é muito mal pago!”[E12].*

Outros aspectos das condições de trabalho relacionados com o processo de cuidado dos usuários dos serviços também são apontados como problema, tais como a dificuldade de material, acesso a medicamentos ou mesmo conseguir realizar exames de maior complexidade.

*“... material a gente não tem, receituário você tem que escrever em folha de papel ofício carimbado, medicação, alguma coisa que você queira não tem!”[E11]*

Outra questão importante apontada nas entrevistas que dificultam a qualidade da assistência é a falta de informações tanto para os profissionais quanto para os usuários.

Santos Filho (2007) pontua a limitação da concepção de “rede”, que deixa a desejar em termos de uma articulação que propicie a participação ativa de todos os atores e instâncias que compõem o sistema. O que tem causado transtornos e desgaste para os trabalhadores, porque as cobranças recaem direta e primeiramente sobre estes que estão na ponta, que vivenciam o problema quase sempre de modo isolado, nos moldes de uma impotência individual, como sintetiza um dos entrevistados, os profissionais se sentem.

*“impotentes para resolver o problema do usuário” [E12]*

O desconhecimento sobre o funcionamento dos diversos serviços da própria unidade e da rede de saúde do SUS, como um todo, dificultam encaminhamentos e a resolução dos problemas da clientela. Um entrevistado relata como:

*“a não existência da rede de assistência”* [E2]

Para alguns, a falta de integração da rede de saúde leva à insatisfação tanto dos profissionais como dos usuários, desumaniza o trabalho deixando-os, muitas das vezes, paralisados, pela impotência, diante das tarefas a exercer, ou seja, situações em que o conteúdo do trabalho não lhes é favorável, tornando-os críticos diante da precariedade das condições em que trabalham.

A PNH (2008) sugere que, os serviços se organizem por critérios , fluxos, e mecanismos de pactuação para o funcionamento visando assegurar a atenção integral ao usuário.

Foi relatado ainda, como problema no cotidiano dos serviços a documentação médica não organizada nas duas unidades, o que acarreta o comprometimento da qualidade da assistência.

*“Por exemplo, os exames principalmente a parte de imunologia que demora bastante, então para a gente que faz Pré Natal, isso gera uma ansiedade muito grande...”* [E21].

A burocracia, responsável pela demora no resultado de exames e de pareceres também foi apontada como entrave para a humanização entendida também como qualidade da assistência.

*“...tem muita coisa que você esbarra na burocracia, na demora de exames que são feitos, porque você encaminha uma mulher que quer*

*fazer laqueadura, ela participa de todo o processo, de tudo e, na hora, é tanta dificuldade, que ela leva quase um ano pra conseguir! Aí, já engravidou de novo...” [E19].*

Vale ressaltar que uma melhor avaliação na assistência prestada a nível das Unidades Básicas de Saúde poderia reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários (Franco, 2004).

Certos entrevistados também relatam, que alguns profissionais não trabalham de forma correta. A estabilidade no emprego faz com que eventualmente maus funcionários acabem sendo privilegiados no sentido de que ficariam “encostados” e o trabalho seria executado por outros.

*“... profissionais não cumpridores de suas obrigações” [E12]*

*“Sou funcionária mesmo, não vai me mandar embora!” [E6], se referindo ao que escutou de outro profissional da Unidade.*

Neste caso, parecem concordar com a pesquisa (PNHAH,2001) que originou a PNHAH, que mostrou que para os usuários do SUS, seu principal problema era o de relacionamento com os profissionais de saúde, que ainda parece continuar em condições precárias. Para estes, a questão do relacionamento pessoal e do tratamento recebido se sobrepunha às questões como espera pelo atendimento ou da dificuldade de conseguir realizar os procedimentos necessários.

De acordo com Oliniski e Lacerda (2004), o trabalho em saúde vem substituindo o sentido de ajuda, de recuperação, de restauração da saúde para ser apenas uma prestação de serviço automática e massificada, sem o conteúdo de valores humanos.

Este tipo de atendimento em geral não atende as expectativas dos usuários dos serviços que não se sentem acolhidos pelos profissionais.

*“Às vezes, é uma coisa que você pode resolver, mas eles põem um empecilho que a pessoa fica um, dois, três meses para resolver.”*

[E11]

Outro fator dificultador apontado nas entrevistas foi que a Educação Continuada, ainda não faz parte de seu cotidiano, pois há muito pouca oferta de cursos e treinamento para aprimoramento e atualização dos profissionais, inclusive sobre as próprias Políticas Públicas de Saúde, o que acarreta uma desinformação sobre os recursos disponíveis para o atendimento na rede.

*“Eu acho assim, dentro de vinte anos pelo município eu nunca passei por um curso de... por um trabalho de reciclagem, de informação mesmo, sobre atendimento. Esta questão da Humanização, você falou que é desde 2004? Ela nunca chegou, de fato, de maneira formal, até mim enquanto profissional, eu nunca soube que tenha acontecido nesta unidade, pode ser que em outras... que tenha tido uma reciclagem com todos os profissionais apresentando esta lei...” [E3]*

### **6.3b) - Fatores que facilitam**

Quando perguntei sobre os fatores facilitadores da humanização, chamou-me a atenção o fato de que, quase todos responderam usando a forma condicional, argumentando que “se tivesse” o que foi apontado que está faltando na unidade de saúde, “*facilitaria*” a humanização da assistência.

Os que identificaram fatores que facilitavam a humanização apontaram a “boa vontade” de alguns profissionais e de algumas categorias funcionais como elementos fundamentais. Mesmo com as dificuldades existentes, alguns profissionais trabalham tentando dar o melhor de si para um bom atendimento mesmo que aquém do desejável.

*“O que facilita? Olha, pra ser sincera, pelo tempo em que estou aqui, é aquela coisa da enfermagem, é a enfermagem que chega pra dar ‘um jeitinho’, ‘Espera aí, que eu vou dar um jeitinho,’ e procura não é?” [E11]*

Este “jeitinho”, referido por este funcionário, vai ao encontro do que Santos Filho (2007) se refere, quando relata que os problemas na organização do processo de trabalho, algumas vezes, são solucionados por atitudes “inventadas” pelo profissional, gerindo o seu próprio fazer : atuações muitas vezes voluntárias sem uma sistemática de trabalho em equipe, atitude esta, que permite a solução do problema do usuário, naquele momento. O trabalhador pode ter a satisfação da resolução do problema do usuário, mas este sentimento também é acompanhado de desgaste, o que contribui diretamente ao seu processo de saúde-doença.

Em relação a estas situações, Dejourns (2007) cita sobre a organização prescrita do trabalho e a organização real do trabalho, quando se torna impossível cumprir as prescrições, instruções e os procedimentos.

*“Estes quebra-galhos, necessários, são a forma que tomam a inventividade, a imaginação e a criatividade dos agentes,(...) são praticados por serem uma condição essencial para o funcionamento, mas também para a melhoria das condições e*

*organização do trabalho e, é a partir de e graças a eles que novas competências podem ser experimentadas” (Dejours,2007).*

O mesmo autor denomina “*Zelo pelo trabalho*”, que é tudo aquilo que os trabalhadores acrescentam à organização prescrita do trabalho para torná-lo eficaz. A gestão concreta da defasagem entre o prescrito e o real depende na verdade da “*mobilização dos impulsos afetivos e cognitivos da inteligência*”. Ocasões como estas, causam angústia e sofrimento por não se saberem capazes de enfrentar convenientemente circunstâncias incomuns ou incertas, mas que exigem responsabilidade.

Outro fator apontado como facilitador da humanização foi a realização de ações educativas para os usuários.

*“Acho que são os grupos de educação e saúde, acho que ali você tem um local onde pode estar ouvindo o seu paciente ... acho que esse é um espaço muito rico que nós temos aqui.” [E21]*

Estas palestras que visam orientar os usuários sobre saúde e seus tratamentos, são de grande valia, principalmente nestas unidades em que vimos a problemática da alegada falta de tempo durante as consultas, possibilitando outros espaços de diálogo entre profissionais e usuários.

Vale lembrar que a PNH tem como um dos dispositivos para a atualização das suas diretrizes, a formação de Grupos de Trabalho de Humanização comprometidos com o resgate dos valores da universalidade, integralidade e aumento da equidade no cuidado em saúde e democratização da gestão. Estes grupos, já formados, poderiam ser o ponto de partida para a formação de espaço para também fortalecer e articular as



iniciativas humanizadoras, estabelecendo um fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, gestão, usuários e a comunidade, melhorando assim a integração.

Também foi relatado que o aumento do número de profissionais, mesmo que na figura de estagiários do serviço, propicia uma melhor divisão das tarefas e conseqüentemente uma maior dedicação de tempo ao usuário..

*“Porque está tendo maior número de funcionários, melhor divisão de trabalho. É está melhorando, estão trazendo estagiários. Agora está dando para você dar mais atenção pra população, entendeu? Agora dá, mas antigamente não dava não!” [E9].*

Segundo os entrevistados a presença de estagiários está permitindo um maior diálogo dos profissionais de saúde com os usuários. Vale questionar-se esta ação favorável de diálogo possibilitada pela presença de estagiários tem repercussão no modelo de atenção e nos modos de fazer da equipe permanente. Ou seja, existe a possibilidade do trabalhador (estagiário ou profissional da saúde) lidar com o usuário de maneira mais humana, propiciando ao acesso, ao acolhimento, a produção de vínculos e encontros, valorizando a subjetividade (Martins e Albuquerque, 2007), mas é importante pensar, como os serviços incorporam em sua organização de trabalho as maneiras de garantir sustentabilidade a estas práticas.

#### **6.4) Propostas de Humanização da Assistência.**

Quando perguntados, se fossem gestores, o que melhorariam no processo de trabalho, voltaram a tocar no número excessivo de atendimentos, na necessidade de acolhimento, treinamento e no salário.

*“Diminuição do número de atendimentos aos usuários, comunicando-os que a diminuição seria para ter mais tempo e qualidade no atendimento demonstrando respeito, inclusive à sua privacidade” [E6].*

Esta fala explicita a preocupação em esclarecer o porquê da diminuição do volume de atendimentos aos usuários, garantindo com esse aumento de tempo para a consulta um melhor acolhimento a eles e também uma melhora do processo de trabalho dos profissionais da unidade.

*“melhoraria o acolhimento tanto dos profissionais como dos usuários” [E18]*

Esta nova metodologia de trabalho possibilitaria um processo distintivo de práticas de produção e promoção de saúde que poderiam levar à responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário desde a sua chegada até a sua saída, através do acionamento/articulação de redes internas dos serviços e redes externas para a continuidade da assistência, quando necessário.

Um dos entrevistados cita a valorização da auto-estima do trabalhador através de um suporte psicológico aos profissionais que enfrentam situações de constante estresse, o que pode desencadear patologias ao servidor.

*“procuraria ajuda do Serviço de Saúde Mental para reintegrar a auto-estima dos profissionais desde o faxineiro ao diretor para, que se aumente o estímulo e a valorização do trabalho de todos e também, implementar o trabalho de equipe dos profissionais, enfim cuidaria da saúde do trabalhador.” [E21]*

O atendimento às necessidades psicossociais do trabalhador possibilita uma abertura à realidade e a problematização da sua condição de fato do trabalho, o que contribuiria na construção desta mesma realidade (Backes, 2006).

Os entrevistados referem também a necessidade de treinamento de todos os profissionais sobre o funcionamento dos fluxos dos locais de trabalho.

*“Capacitação dos seguranças porque eles são o cartão de visita, orientando-os quanto ao fluxo de atendimentos e funcionamento corretos” [E21].*

E apontam também a necessidade de treinamento de todos sobre a PNH:

*“faria um treinamento com todos os profissionais de humanização ao atendimento” [E3]*

Segundo os entrevistados, de posse do conhecimento das propostas da PNH e baseados nas necessidades dos seus locais de trabalho os profissionais saberiam como agir de maneira mais adequada para o acolhimento dos usuários.

Referiram à necessidade de maior divulgação da PNH, implementação de parcerias com as esferas municipal, estadual e federal (que interpretei como um resgate da proposta de se trabalhar em rede, uma maior articulação/comunicação entre os serviços).

*“A Política Nacional de Humanização deveria ser mais divulgada conscientizando os profissionais de seus direitos e deveres” [E5].*

*“Faria um esclarecimento aos profissionais sobre a PNH, da possibilidade de lutar pela melhora das suas condições de*

*trabalho, salário, maior interdisciplinaridade com então a provável melhora da humanização da assistência, pela diminuição de suas insatisfações” [E3].*

*“tentaria parcerias a partir do diálogo, reuniões mais freqüentes e a provável melhora das relações humanas” [E6].*

Ainda é um dos desafios para a produção de saúde, a (re) organização e desenvolvimento de um sistema de informação em rede mais ágil no SUS, o que colaboraria para superar o isolamento dos serviços, a baixa transversalização/comunicação entre as equipes e conseqüentemente, a segmentação do cuidado. Com isso, poder-se-ia avançar na afirmação/consolidação de um sistema de saúde pautado nos princípios de integralidade, descentralização e participação (Gomes, 2005).

O processo de descentralização proporciona maior acesso da população aos serviços de saúde, mas ainda se presencia nas grandes cidades a concentração dos serviços mais complexos, enquanto que em muitas regiões de menor porte, praticamente não existem, o que perpetua a sua dependência em relação a pólos regionais (11<sup>a</sup>. CNS)

Ao serem questionados sobre a melhora da humanização da assistência aos usuários, os profissionais de saúde relataram a importância dos gestores participarem mais ativamente dos problemas enfrentados no dia a dia por eles através da escuta, aonde seriam discutidas as dificuldades encontradas, em relação ao trabalho dos profissionais e ao atendimento aos usuários. Sendo assim conheceriam as reais necessidades do local aonde exerce a função de gestor.

Referem-se também a necessidade da valorização da qualidade do setor saúde no cenário das prioridades governamentais..

*“comunicaria ao prefeito que a saúde está morrendo, que não existe saúde e que cabe a ele tomar as providências“.* [E2]

Esta fala mostra como, para este profissional, a questão da melhoria da qualidade estaria distante da sua capacidade de ação. Entretanto, se as propostas da PNH fossem conhecidas por todos, talvez este profissional pudesse, ciente de sua autonomia e de seu protagonismo, posicionar-se de forma a solucionar os problemas existentes no nível local.

## **7) Considerações Finais**

Ao realizar este trabalho, meu intuito era o de saber, o que os profissionais de saúde conheciam sobre o que é proposto pela Política Nacional de Humanização do SUS, o que entendiam sobre humanização da assistência e qual a influência que as condições materiais de trabalho tinham para realizar o atendimento que prestam aos usuários dos serviços da rede SUS e, o que achavam que deveria ser feito para melhorar ou não a humanização da assistência.

A opção por realizar o trabalho de campo em unidades básicas de saúde, onde teoricamente existe uma “continuidade na relação” entre os usuários e os profissionais que ali atuam, ofereceu a oportunidade de conhecer a partir da visão dos trabalhadores

um pouco mais deste cotidiano da assistência e se as propostas da PNH levaram a alguma alteração da mesma nos últimos anos.

Verifiquei que a proposta de humanização, ainda permanece desconhecida mesmo depois de quatro anos de sua implantação. A inclusão das propostas da PNH, com um amplo debate sobre suas recomendações de comportamento /comprometimento na saúde seria um dos passos importantes, aumentando suas chances de implementação.

A relatada insatisfação dos profissionais da saúde com as condições de trabalho é um dos elementos que muitas vezes dificultam o exercício de suas funções. A falta de insumos e de informação pode motivar conflitos interpessoais, não só entre os trabalhadores como também, com os usuários, porque na maioria das vezes, culminam na descontinuidade dos tratamentos propostos. Este fato pode fazer com que os profissionais passem a vivenciar uma experiência de desumanização conduzindo a um atendimento precário e com baixa resolutividade, não permitindo encontros e trocas, levando a relações desrespeitosas, impessoais e agressivas.

Garantir que o cuidado/tratamento que os usuários procuram na unidade possa acontecer sem problema de continuidade seria um fator importante tanto para a satisfação do usuário quanto para a realização dos profissionais.

O investimento em melhoria da infra-estrutura das unidades poderia ser também um dos impulsos para mudar os modos de fazer o trabalho. Sabemos que a estrutura física das unidades não é um fator determinante na mudança de modelo de assistência, mas o sucateamento dos serviços públicos de saúde que, em geral, não têm uma manutenção adequada pode afetar negativamente a disposição dos profissionais para o trabalho. O cotidiano de atendimento em condições desfavoráveis pode

embrutecer os trabalhadores, podendo chegar a fazer com que os mesmos exerçam suas tarefas como se estivessem de olhos e ouvidos vedados, para não enxergar e/ou escutar tudo que escapa aos seus ideais como profissionais.

Os problemas estruturais das unidades associados as suas dificuldades de organização e as da própria rede assistencial acabam por comprometer a qualidade do atendimento e também comprometem o entrosamento de todos na unidade.

As possibilidades, propostas pela PNH, de modificação na maneira de se tratar os problemas da unidade com uma mudança da prática tradicional (em geral direcionada exclusivamente para a dimensão biológica), através da criação de espaços de trocas (objetivas e subjetivas) e da promoção da participação dos trabalhadores e usuários, seria uma forma de promover o estabelecimento de uma nova rotina de encontros onde todos poderiam avaliar e adequar a implementação desta nova convivência.

O exercício desta prática, mais democrática nas relações humanas, poderia estimular e mobilizar todos a uma participação mais ativa na vida e na gestão das unidades. A vivência de um cotidiano de assistência mais envolvido na perspectiva humana, fundamentada na influência recíproca e construção de vínculos entre profissionais de saúde e usuários, poderia transformar o trabalho em equipe, em um fator de valorização de todos. Se os gestores pudessem perceber que promover esta mudança nas relações e vínculos na instituição, pode ser uma oportunidade importante para o desenvolvimento dos envolvidos, teriam nas mãos uma ferramenta com potência para criar soluções conjuntas para os problemas e dificuldades do dia-a-dia do trabalho.

Apesar dos desafios que os gestores possam ter que vencer para promover uma gestão verdadeiramente participativa, acredito que quando a mesma acontece surge a

oportunidade para a concretização de espaços de discussão coletiva em diversos níveis. Mudanças no modelo de gestão podem ampliar o controle dos trabalhadores sobre a organização do trabalho e sua participação nas decisões, levando os mesmos a se sentirem mais responsáveis por suas escolhas, e mesmo fazê-los co-responsáveis de suas ações.

O problema do quantitativo dos Recursos Humanos, embora possa variar de unidade para unidade, parece ser um desafio para implantar a proposta de humanização da assistência. A queixa generalizada dos entrevistados, sobre o excesso de trabalho e a excessiva preocupação dos gerentes/gestores com o quantitativo, dificulta uma avaliação da qualidade da assistência prestada, o que reflete a necessidade de um novo olhar para esta questão. O pequeno número de profissionais pode levar ao aumento da carga de trabalho para os que estão presentes, restringir a solidariedade e cooperação, induzir a insatisfação, levando ao descomprometimento ao executar o trabalho (pois se torna desprovido de qualquer expectativa afetiva no campo das relações do trabalho). Entretanto, esta questão tem nuances que apontam para a necessidade de uma avaliação mais profunda porque o quantitativo de profissionais pode ser abaixo do ideal pela existência de “esquemas de rodízio” muitas vezes utilizados pelos trabalhadores como uma forma de ter mais uma fonte de renda e enfrentar a baixa remuneração.

Esta situação pode fazer com que os trabalhadores se restrinjam a cumprir apenas tarefas e não se interessem por uma participação mais ativa na unidade. Como forma de enfrentamento os profissionais podem adotar estratégias de indiferença ou descompromisso para protegerem sua saúde, exercendo um trabalho maquinal não desempenham nada além do previsto e, nem se envolvem com o trabalho.



Voltamos, portanto para o desafio de avançar para uma gestão que esteja verdadeiramente comprometida com o fomento do trabalho em equipe. Desafio que se coloca não apenas aos gerentes locais, mas também ao nível central, de incentivar mudanças nos modelos tradicionais de gestão, promovendo a participação de todos e a humanização das relações. Talvez um desafio anterior a este seja sensibilizar e capacitar os gerentes/gestores para que possam conduzir esta mudança de modelo de forma segura e adequada, afinada com as propostas da PNH.

Outro fator relatado foi a fragmentação do sistema de saúde, que dificulta a atenção integral e o acesso do usuário aos diferentes serviços de saúde, que compõem a rede de referência. Os encaminhamentos sofrem com a falta de continuidade dos serviços e com o trabalho partido, os profissionais acabam por cuidar apenas de sua parte, não sabendo o que acontece na trajetória do usuário na busca pela solução de suas demandas. Esta descontinuidade pode tornar a relação entre os diferentes profissionais fragmentada e, comprometer a descentralização e hierarquização da assistência porque os trabalhadores tendem a construir novas redes informais que possam mesmo que de forma enviesada atender as demandas dos usuários. Mas, como nem sempre isso acontece de forma desejável pode acarretar muitas idas e vindas dos usuários aos serviços de saúde sem uma resolução do seu problema, os profissionais podem neste contexto interpretar-se como impotentes para resolver os problemas de saúde dos mesmos.

Maior incentivo à gestão participativa com a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores seria uma forma de valorização e desenvolvimento dos profissionais. Esta experiência, se bem sucedida, poderia culminar como estímulo aos profissionais para uma participação mais atuante no debate sobre a formulação das políticas públicas de

saúde. Associar esta gestão mais participativa com medidas de incentivo à participação dos profissionais em atividades de educação permanente e cursos de qualificação profissional poderia ser uma estratégia para que se conseguisse a implantação de forma mais consistente das propostas da PNH.

As atividades de educação permanente para os funcionários poderiam proporcionar intercâmbios importantes sobre os diversos aspectos do trabalho em saúde e deles poderiam nascer a oportunidade da criação de estratégias institucionais para melhoria das condições de funcionamento da unidade e da qualidade da assistência. Nestes espaços de aprendizagem contínua haveria trocas dos diferentes sentidos da humanização da assistência e o desenvolvimento de competências, que poderiam promover uma maior dedicação dos profissionais às suas atividades.

Quando o trabalhador não se percebe apenas como um executor de tarefas pré-estabelecidas ele pode acrescentar qualidade e encanto no trabalho exercido. Sendo apreciado como pessoa, o profissional reconheceria a importância do seu papel, não apenas para a instituição, mas também para o seu próprio crescimento e sua auto-realização.

Embora seja um enorme desafio, a divulgação desta nova cultura de qualidade, em função do tamanho da rede, da extensão territorial de nosso país e da desigualdade de realidades, esforços precisam ser realizados para a capacitação das instituições, de seus profissionais e usuários para que esta nova perspectiva de trabalho possa ser utilizada com eficácia, agilidade e percepção crítica. Enfim, poder sonhar com um SUS com desafios de ordem diferente daquelas encontradas na pesquisa com os usuários realizada em 1999 e que originou a proposta da PNHAH.

O desafio da qualidade é, e sempre será, o ponto chave da assistência.

### **9) Referências**

- Associação Paulista de Medicina. Por dentro do SUS, volume 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

- Backes DC. O processo da humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Rev. Esc. Enferm. 2006; 40 (2): 221-7.

-Backes DC, Lunardi VL, Lunardi WDFilho. A humanização hospitalar como expressão da ética. Rev. Latino-am Enfermagem 2006; 14 (1): 132-5.

-Benevides R, Passos E. Humanização da saúde: Um novo modismo? Interface. 2005; 9 (17):389-94.

-Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência Saúde Coletiva. 2005; 10 (3): 561-71.

- Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª Edição. 2006. Brasília- DF. (Série B. Textos básicos em Saúde). Autores: NEVES CEAB. & ROLLO A.

- Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro Jul-Set 1999; 15 (3): 647-654.

-Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Lat.Am. Enf. 2005. 13 (1): 105-11.

-Codo W, Vazques-Menezes I. O que é Burnout? Educação, carinho e trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília, DF. 1999.

-3ª. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, pg.156, 2006.

-11ª. Conferência Nacional de Saúde. Disponível em; [www.ufrgs.br/eenf/enfermagem/disciplinas/info1001/material/cenario\\_social-SUS-11\\_cns.pdf](http://www.ufrgs.br/eenf/enfermagem/disciplinas/info1001/material/cenario_social-SUS-11_cns.pdf) [16/01/2008].

-DEGERTS, M.S. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2003.

-Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

- Dejours C. A psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Centro de Estudos e Pesquisa do Trabalho-CEPT. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2007.
- Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.
- Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9 (1): 7-14.
- Deslandes SF. O Projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface. Comunic. Saúde e Educação*. 2005; 9 (17): 406.
- Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
- Diário de Natal. [dnonline.com.br/site/materia.php?idsec=2&idmat=179195](http://dnonline.com.br/site/materia.php?idsec=2&idmat=179195) - 26k- 2009
- Dias EP. Conceitos de Gestão e administração: uma revisão crítica. *Revista Eletrônica de Administração*. Facef, Julho-Dezembro/2002; Volume 01. Edição 01.
- Dicionário de Ciências Sociais do Marxismo, pg.299.
- Domenich M. Síndrome de Burnout. Folha de São Paulo, São Paulo, Cadernos de Empregos, pg.01, 30 de junho de 2002.
- Franco TB, Magalhães Jr HM. O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004. 2ª edição; São Paulo, SP.
- Fonseca RTM. Saúde mental para e pelo trabalho. Disponível em: [www.calvo.pro.br/artigos/ricardo\\_tadeu\\_saudepara\\_pelo\\_trabalho.pdf](http://www.calvo.pro.br/artigos/ricardo_tadeu_saudepara_pelo_trabalho.pdf), sd. [24/11/2007]
- Gomes CM, Costa SMFT. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas *Cad. Saúde Pública* vol.13 suppl.2 Rio de Janeiro 1997.
- Gomes MASM. Assistência da mulher e da criança. Um pouco de história [Apostila da Disciplina: Políticas Públicas e Saúde da Mulher e da Criança do Departamento de Ensino de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher- IFF. FIOCRUZ, 2007]
- Gomes DS, Mattos AM, Soares MF, Albuquerque GG. Gestão das informações em saúde passando pela humanização do atendimento. Disponível em: [HTTP://www.icm19.org/program/track/documents/Denise%20da%20Silva%20Gomes-105635.doc](http://www.icm19.org/program/track/documents/Denise%20da%20Silva%20Gomes-105635.doc) [24/10/2007]
- Hirigoyen MF. Mal estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro. Bertrand, 2002.

- HumanizaSUS –Política Nacional de Humanização.MS - Secretaria Executiva - Brasília, DF. 2004.
- Krug SBF, Mendes JMR, Müller FB. Atendimento ao usuário: fator contributivo para o sofrimento no trabalho em saúde? Revista Virtual Textos & Contextos. 2007; no.7, ano VI.
- Lancman S, Sznelman(organizadores). Caderno Saúde Publica, mai-jun 2005.21 (3): 984-990. Resenha's book reviewers .Rio de Janeiro.
- Lopes MJM, Lautert LA. A saúde das trabalhadoras da saúde In: Haag GS, Lopes MJM, Schuck JS.(organizadores). A enfermagem e a saúde dos trabalhadores. Goiânia: AB. 2001; pg 109-40.
- Machado JP. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa. 3ª.edição. 5.v. Lisboa; Livros Horizonte, 1997.
- Mandú ENT, Dioz M, Tomiyoshi JT, Reiners AO. Atenção intergral à saúde feminina: significados e implicações. Revista da Escola de Enfermagem, 1999; (33): 31-38; Disponível em <http://www.ee.usp.br/recusp/upload/html/458/body/vv33n1a03.htm> [21/02/2009]
- Martins MCFN. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde Psichiartry on line Brazil. 2003; Disponível em: [http://www.pol.br.med/arquivo\\_0503-1.htm](http://www.pol.br.med/arquivo_0503-1.htm) [24/10/2006].
- Martins MCFN. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. Psychiatry on line Brazil 2003; (8): 1-8. Disponível em: [HTTP://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0503\\_1.htm](HTTP://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0503_1.htm). [16/07/2007]
- Martins JJ, Albuquerque GL. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para a humanização do processo de trabalho em saúde. Cienc. Cuid. Saúde, 2007 Jul/Set; 6 (3): 351-356.
- Medicina Conselho Federal. CFM, Ano XXII – No. 166, Novembro/2007.
- Meirelles BHS, Erdmann AL. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. Ciência,Cuidado e Saúde. Maringá. Jan/Abr.2006; 5(1): 67-74.
- Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro. Editora HUCITEC-ABRASCO, 1992.
- Minayo MC. Triangulação dos Métodos, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

-Minayo MCS (org), Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade 25a.edição revista e atualizada. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

-Mielnik I. Higiene mental do trabalhador. Porto Alegre: Artes Médicas. 1976; 45-52.

-Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

-Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

-MS, 2006 - A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Disponível em:

[www.idisa.org.br/site/download/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://www.idisa.org.br/site/download/construcao_do_SUS.pdf) =[14-04-09]

-Monteiro C, Indriunas L. "How Stuff works" \_ Como funciona o SUS- "Sistema Único de Saúde". Publicado em 27 de setembro de 2007 (atualizado em 18/07/2008). Disponível em: [HTTP://pessoas.hsw.vol.com.br/sus8.htm](http://pessoas.hsw.vol.com.br/sus8.htm) [16/01/2009].

-Neves CEAB. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Cad. Saúde Pública Mar.2006.vol.22 no.3.

-Oliniski S, Lacerda MR. As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. Cogitare Enfermagem 9 (2): 43-52, 2004.

-Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. Rev. Latino-am Enferm. 2006; 14 (2): 277-84 (Artigo de revisão). Disponível em: <URV: [http:// www.eerp.usp.br/riae-o](http://www.eerp.usp.br/riae-o). [10/07/2007].

-Pinheiro R, Mattos R. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007

-Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. MS Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Ação 2004-2007. Brasília- DF, 2004.

-Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (MS). Ministério da Saúde. Mimeo, 2001.

-Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20 (5): 1345-53.

-Ribas E. Pesquisa de satisfação do usuário e dos profissionais de saúde. PNHAH, 2002.

-Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface- Comunic, Saúde, Educ. Set/Dez* 2005; 9(18): 521-36.

- Savoldi N. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores em enfermagem da UTI pediátrica. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2004.

-Santos Filho SB, Barros MEB. *Trabalhador da saúde. Muito prazer*. Editora Injuí. RS, 2007.

-Schraiber LB et. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc.Saúde Coletiva*,1990,4(2):221-242

-Thompson JB. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação em massa*. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

-Vanderlei MIG, Almeida MCP. Management practice and conception and family health strategy managers. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2 ,pp.443-453. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-25/05/2009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-25/05/2009)>.

-Viana SV. Perspectiva relacional no estudo do processo de trabalho em saúde: contribuição para uma nova abordagem a partir do estudo da prática do nutricionista no campo da alimentação institucional. *Cad. Saúde Pub*. 1995; 11(4): 616-20.

-Zanella LCH. *Metodologia da pesquisa*. 2006; SEaD/UFSC. Florianópolis, SC. Disponível em: [http://www.cead.ufv.br/noticias\\_ead/metodologia\\_da\\_pesquisa.pdf](http://www.cead.ufv.br/noticias_ead/metodologia_da_pesquisa.pdf) [12/07/2007].



**10) Anexos:**

**10.1) Anexo I**

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA / FIOCRUZ

DEPARTAMENTO DE ENSINO

PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Humanização das Condições de Trabalho:

Um dos Pré-Requisitos para a Humanização da Assistência?

Aluna responsável: Rubia Maria Tavares Villar

Instituição: INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 - 1º andar

Flamengo – Rio de Janeiro

Tel.: 2554 1700 – ramal 1727

Senhor (a) está sendo convidado a participar, voluntariamente da pesquisa de Rubia Maria Tavares Villar, relativa a sua dissertação de mestrado junto à Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandez Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

Pedimos encarecidamente que leia com atenção as informações a seguir antes de dar vosso consentimento.

1 – A pesquisa tem como objetivo saber os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde sobre o que, no processo de trabalho, interfere na humanização do atendimento que prestam aos usuários dos serviços públicos de ginecologia.

2 – A entrevista será gravada em MP3 depois passado para um CD.

3 – A participação é voluntária, podendo o entrevistado interromper a entrevista a qualquer momento, ouvir o conteúdo das fitas gravadas, receber a transcrição das referidas fitas para fazer reparos que julgue necessário, solicitar que sejam retirados da gravação trechos não considerados desejáveis e, finalmente, receber e guardar consigo cópias das fitas quanto das transcrições destas.

4 – O sigilo sobre o que for falado será garantido.

5 – O entrevistado poderá fazer as perguntas que desejar antes, durante e após a coleta do depoimento.

6 – É importante ressaltar que o entrevistado só responderá ao que desejar e da maneira como achar mais conveniente, não sofrendo qualquer tipo de constrangimento. O entrevistado não terá nenhum problema institucional, legal ou sofrerá qualquer tipo de risco. A pesquisa só será realizada após aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto

Fernandes Figueira e autorizado pela Direção do Serviço onde se realizará o trabalho de campo.

7 – A identificação do entrevistado será mantida como informação confidencial, isto é, em segredo. Os resultados serão publicados e/ou divulgados oralmente (congressos, mesas redondas, simpósios e etc.). Também serão mantidos em segredo os nomes de pessoas que, por acaso, o entrevistado faça referência durante o depoimento.

8 – O registro das entrevistas assim como as transcrições serão mantidos pelo pesquisador por um período de cinco anos.

Eu,....., abaixo assinado (a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações que me foram prestadas e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador responsável.

\_\_\_\_\_ / /

(entrevistado)

(assinatura)

(data)

\_\_\_\_\_ / /

(pesquisador)

(assinatura)

(data)

Em caso de dúvida você pode entrar em contato com o pesquisador pelo telefone 2554-1700 ramal-1727.

## 11) Apêndices

### 11.1) APÊNDICE I- *Entrevistas:*

Questionário no. : \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

#### Caracterização profissional

Idade: \_\_\_\_\_ Tempo de formado: \_\_\_\_\_ Categoria Ocupacional: \_\_\_\_\_

Quantidade de empregos atuais: \_\_\_\_\_ Públicos \_\_\_\_\_ Privados

Quantas horas você trabalha em média por semana \_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalha nesta instituição? \_\_\_\_\_

#### Conhecimento sobre HA

1- Você já ouviu falar sobre humanização da assistência como um todo?

(Quando a resposta for não): 2 - Você imagina o que seja?

2 - Você já ouviu falar da Política Nacional de Humanização que foi lançada em 2004?

(Caso a resposta for **sim**, passar logo para a próxima pergunta)

A PNH propõe para os profissionais o aperfeiçoamento do sistema de saúde e, tem como valores norteadores: o Protagonismo e autonomia dos sujeitos envolvidos (profissionais, usuários e gestores), a co-responsabilidade e a indissociabilidade nos processos de gestão e atenção, com:

- um maior diálogo entre os profissionais, usuários e a administração, a partir de uma gestão mais participativa levando à melhores ambientes e relações de trabalho;

- proporcionar cursos de aperfeiçoamento para os profissionais

- mudar a graduação incorporando a Humanização desde a formação acadêmica de todas as categorias profissionais de saúde, com a inserção da psicologia, antropologia e sociologia com o resgate do humano;

- conseqüentemente, a melhora da prestação de serviços.

3 - Se você já conhece a PNH, sabe o que ela propõe para **o profissional** de saúde?

4 - O que seria para você um ambiente de trabalho humanizado?

#### Condições de trabalho e remuneração

5- Você acha que as condições de trabalho influenciam na humanização da assistência? Como (e/ou Por que)?

6 - Você acha que as condições de trabalho aqui são suficientes e adequadas para executar de maneira apropriada o seu trabalho?

7 – Em sua opinião o quê, no cotidiano de funcionamento deste ambulatório, facilita a HA?

8 – Em sua opinião o quê, no cotidiano de funcionamento deste ambulatório, dificulta a HA?

### **Relação entre os profissionais e chefias de serviço / administração**

9 - Você acha que as relações de trabalho entre os profissionais e com a chefia influenciam na humanização da assistência? Por quê?

10 - Como é o relacionamento dos profissionais do ambulatório entre si e com a chefia da Unidade? Existe a possibilidade de participação coletiva nas decisões administrativas e profissionais?

11- Como você se sente em relação a este relacionamento?

12 - Como você avalia o compromisso dos profissionais com os usuários, com os outros profissionais e com a Instituição?

13- Você considera que seu trabalho é valorizado e reconhecido por todos (usuários, colegas e superiores)? Você se considera ouvido no trabalho?

14 - Você considera que pode contar com a ajuda e apoio dos colegas e dos seus superiores nos problemas do trabalho?

15- Você considera que o funcionamento da rede de assistência, como um todo, influencia nas suas condições de trabalho e também na humanização da assistência? Por quê?

### **Satisfação e Participação profissional**

16 - Você acha que o profissional participando mais ativamente da gestão do serviço (das decisões administrativas e problemas relacionados com o desenrolar do trabalho) influencia na possibilidade da humanização da assistência? Por quê?

17- Isso é viável na realidade deste serviço?

18- Existe estímulo para que os funcionários participem mais ativamente na gestão?

19- Você conhece os objetivos da gestão aqui no serviço? Eles são compartilhados entre todos? As mudanças no serviço são discutidas previamente com todos os funcionários?

20- Você percebe que seu trabalho faz parte de um conjunto maior e que é importante e útil para os usuários, para a Unidade e para a Gestão?

21- Você se sente estimulado pelo seu trabalho?

24 - Você se sente realizado profissionalmente no trabalho que exerce aqui? Como você percebe isso?

### **Propostas de Humanização da Assistência**

25 - Existe a oportunidade de desenvolvimento profissional aqui no serviço?

26 - Você acha que quando um serviço oferece a possibilidade de treinamento para maior qualificação dos funcionários, influencia na Humanização da Assistência?

27- Se você fosse o gestor o que você mudaria no seu processo de trabalho para melhorar a qualidade das condições do exercício profissional?

28 - Se você fosse o gestor o que mudaria para melhorar a humanização da assistência às usuárias do serviço?

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)